

Opinnäytetyö (AMK)  
Sairaanhoitajakoulutus  
2018

Jannina Korkeamäki, Ella Laine ja Katriina Lammassaari

# MIELENTERVEYSHOITOTYÖN POTILASTURVALLISUUS JA VAARATAPAHTUMAT

Jannina Korkeamäki, Ella Laine ja Katriina Lammassaari

## MIELENTERVEYSHOITOTYÖN POTILASTURVALLISUUS JA VAARATAPAHTUMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilasturvallisuuden toteumista mielenterveyshoitotyössä, sekä tarkastella minkälaisia vaaratapahtumia mielenterveyshoitotyössä tapahtuu. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta mielenterveyshoitotyössä. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta saatujen tietojen perusteella luotiin puolistrukturoitu kyselylomake psykiatristen osastojen henkilökunnalle. Julkaisuja tulososioon valikoitui 17 kappaletta (n=17). Tämä opinnäytetyö on osa Opix-hanketta.

Mielenterveyshoitotyön potilasturvallisuuden erityispiirteitä ovat esimerkiksi potilaiden aggressiivisuus ja väkivaltaisuus, itsetuhoinen käyttäytyminen, sairaalasta karkaaminen sekä erilaiset hoidon rajoittamiskeinot ja tahdonvastaiset toimenpiteet, kuten eristäminen, sitominen ja pakkolääkitys. Tutkimusten mukaan hoitajat ovat erityisen alttiita fyysille väkivallalle psykiatrisilla osastoilla ja joka kolmas hoitaja on kokenut työssään uhkailua tai jopa fyysistä väkivaltaa. Psykiatrisessa sairaalahoidossa esiintyy samoja vaaratapahtumia kuin somaattisessa sairaalahoidossa, kuten esimerkiksi erilaiset tiedonkulun häiriöt ja lääkitysvirheet. Vaaratapahtumailmoituksia psykiatrisessa sairaalahoidossa tehdään eniten liittyen lääkitysvirheisiin, väkivaltakäyttäytymiseen ja erilaisiin tapaturmiin. Potilasturvallisuuteen ja henkilökunnan turvallisuuteen vaikuttavat kielteisesti esimerkiksi henkilöstön vähäinen määrä, työskentelyolosuhteet sekä liika työpaine. Vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä keskeisintä on ennakoiva ajattelutapa, sekä vaaratapahtumien syntyyn myötävaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen. Ennakoivan ajattelutavan tavoitteena on riskien tunnistaminen sekä hallinta.

### ASIASANAT:

mielenterveyshoitotyö, potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, haittatapahtuma, psykiatrinen sairaalahoido, tahdosta riippumaton hoito

Jannina Korkeamäki, Ella Laine ja Katriina Lammassaari

## THE PATIENT SAFETY AND ADVERSE EVENTS IN MENTAL HEALTH CARE

The purpose of this thesis was to find out the realization of patient safety in mental health care and find out what kind of adverse events occur in mental health care. The aim of the thesis is to promote patient safety in mental health care. Based on the narrative literature review a semi-structured questionnaire was created for the psychiatric ward's staff.

Patient safety specifies in mental health care includes for example aggressiveness and violence of the patients, self-destructive behavior, escaping from the hospital and various methods of restriction of treatment and involuntary actions such as isolation, tying and forced medication. According to studies nurses are very vulnerable to physical violence in psychiatric wards and every third nurse has experienced intimidation or even physical violence in their work. Psychiatric hospital treatment involves the same dangers as in somatic hospital treatment, such as various types of communication errors and medication adverse events. Event reporting in psychiatric hospital care is mostly related to medication mistakes, violence behavior and various types of accidents. Patient safety and staff safety are negatively affected, for example, by the low number of personnel, working conditions and excessive work pressure. The most prominent in the prevention of the incidents is a proactive thinking, and understanding the factors contributing to the occurrence of the events. The fore sighting way of thinking is to identify and manage risks. For the result section 17 publications were selected (n=17). This thesis is a part of the Opix-project.

### KEYWORDS:

Mental health care, patient safety, patient safety incident, adverse event, psychiatric hospital care, involuntary care

# SISÄLTÖ

## KÄYTETYT LYHENTEET

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2 MIELENTERVEYSHOITOTYÖN POTILASTURVALLISUUS</b>	<b>2</b>
2.1 Mielenterveyshoitotyö	2
2.1.1 Psykiatrinen sairaalahoito	4
2.1.2 Tahdosta riippumaton hoito	7
2.2 Potilasturvallisuus	10
2.3 Vaaratapahtumat	12
<b>3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ</b>	<b>14</b>
<b>4 TULOKSET</b>	<b>18</b>
4.1 Potilasturvallisuuden erityispiirteet mielenterveyshoitotyössä	18
4.2 Vaaratapahtumat ja niiden ennaltaehkäisy mielenterveyshoitotyössä	24
4.3 Opinnäytetyön tulosten perusteella laadittu kyselylomake	28
<b>5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>31</b>
<b>6 POHDINTA</b>	<b>33</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>35</b>

## KUVIO

Kuvio 1. Avo ja osastohoidon palveluita	4
---	---

## TAULUKOT

Taulukko 1. Tietokantahaun prosessi	15
Taulukko 2. Tulososiossa käytetty aineisto	17

## KÄYTETYT LYHENTEET

Eksote	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto
IOM	Institute of medicine
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
VSSHP	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
WHO	World health organization

# 1 JOHDANTO

Mielenterveyshoitotyön potilasturvallisuudessa on erityispiirteitä, kuten esimerkiksi potilaiden aggressiivisuus sekä väkivaltaisuus (Leskinen 2016, 2). Hoitajista joka kolmas on kokenut työssään fyysistä uhkaa tai jopa väkivaltaa (Kaltiala-Heino ym. 2013, 67). Mielenterveyslain (1116/2004§) mukaan mielenterveyshoitotyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. (Finlex, mielenterveyslaki1990.) Mielenterveyslaki antaa oikeuden tahdosta riippumattoman hoidon aikana rajoittaa potilaan toimintaa (Kaltiala-Heino ym. 2013, 67).

WHO:n määritelmän mukaan potilasturvallisuus on terveydenhuollon peruseriaate (WHO 2017). Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa hoitoa oikeaan aikaan, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa (THL 2017). Potilasturvallisuuden yksi käsitteistä on vaaratapahtuma, vaaratapahtuman käsitteitä on haittatapahtuma sekä lähetä piti- tilanteet (Helovuori ym. 2011, 14). Vuonna 2010 on arvioitu, että Suomen terveydenhuollolle haittatapahtumista aiheutuvat kokonaiskustannukset olisivat yhteensä 951 miljoonaa euroa vuodessa. Tähän on otettu mukaan avohoito sekä pitkäaikaishoito. (Järvelin ym. 2010, 1126.) Kyseinen arvio perustuu muiden maiden tutkittuihin tuloksiin hoitokustannuksista. Muissa maissa julkaistujen havaintojen perusteella, THL on arvioinut, että Suomessa kuolisi 700-1700 ihmistä haittatapahtumien seurauksena (Roine ym. 2017, 108).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilasturvallisuutta ja tarkastella minikälaisia vaaratapahtumia mielenterveyshoitotyössä tapahtuu sekä miten niitä voidaan ennaltaehkäistä. Tässä opinnäytetyössä mielenterveyshoitotyö rajataan psykiatriseen sairaalahoitoon, jossa potilaat ovat iältään 18-65 vuotta. Työn tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta mielenterveyshoitotyössä. Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tietojen perusteella luodaan puolistrukturoitu kyselylomake, jota voidaan käyttää psykiatrisilla osastoilla. Tämä työ on osa Opix- hanketta ja toimeksiantajana toimii Turun ammattikorkeakoulu.

## 2 MIELENTERVEYSHOITOTYÖN POTILASTURVALLISUUS

### 2.1 Mielenterveyshoitotyö

Psyykkisesti sairaita pidettiin keskiajalla pahanhengen riivaamina tai viisaina hulluina. Tähän aikaan kirkko huolehti sairaista ja potilaita hoidettiin kirkon omissa hospitaaleissa. Uuden ajan koittaessa mielisairaat eristettiin hullujenhuoneisiin, jotka olivat toimineet ennen leprasairaaloina. Suomessa muutettiin ensimmäinen leprasairaala houruinhoitolaksi vuonna 1735. Tämä hoitola sijaitsi Turun saaristossa nimellä Seilin hospitaali ja toimi mielisairaalana vuoteen 1962 asti. Psykiatrinen hoitotyö erkaantui kirkosta vuonna 1758 jolloin säädyt asettivat erityiselimen valvomaan hospitaalien toimintaa. Tästä muutaman vuosikymmenen kuluttua jokaiseen lääniin perustettiin oma hospitaali ja mielenvikaisuutta alettiin pitämään hoitoa vaativana sairautena. (Punkanen 2004, 6.)

Hoidossa alettiin siirtymään ystävälliseen ja määrätietoiseen moraaliseen hoitoon. Potilaille tehtiin selväksi mikä on normaalia ja oikein. Jos potilas oli harhainen tai potilas puhui kummallisuuksia niihin ei kiinnitetty huomioita tai siitä vaiettiin, huonosta käytöksestä rankaistiin. Hoitoa pidettiin kasvattavana eikä niinkään hoidollisena, työtä pidettiin tärkeänä osana hoitoa. Hoitotyön yksi suurimmista muutoksista tapahtui vuonna 1950 jolloin käyttöön otettiin neuroleptit eli psykoosilääkkeet, tällä oli suuri vaikutus koko psykiatriseen hoitotyöhön. Myöhemmin alettiin kiinnittämään huomiota yksilölliseen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, samaan aikaan otettiin käyttöön omahoitajuus sekä terapeuttisempia hoidon suuntauksia. 1980-luvulla perustettiin ensimmäisiä kuntoutuskoteja ja potilaspaikkoja vähennettiin psykiatrisista sairaaloista. Passiivisesta hoidosta siirryttiin aktivoivaan ja ulospäinsuuntaavaan hoitoon, perhekeskeisyyteen ja verkostoitumiseen alettiin kiinnittämään enemmän huomiota. 1990-luvulla tuli voimaan uusi mielenterveyslaki, jossa painotettiin avohoitoa, tapahtui suuria organisaatio muutoksia ja psykiatristen sairaalapaikkojen väheneminen jatkui rajusti, kuitenkin hoitoa tarvitsevien määrä nousi etenkin nuorten keskuudessa. 2000-luvun alussa alettiin kiinnittämään huomiota enemmän fysiologiseen näkökulmaan sekä erilaiset aivotutkimukset ja tekniikka valtaavat alaa. Psyykkisille häiriöille etsittiin geneettistä taustaa ja sitä kautta pyrittiin ennaltaehkäisyyn ja uusiin hoidon mahdollisuuksiin. Uusina haasteina koettiin huumepsykiatria ja kaksoisdiagnoosit. (Punkanen 2004, 7-8.)

Mielenterveyslain (1116/2004§) mukaan mielenterveyshoitotyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä (Finlex, mielenterveyslaki1990). Mielenterveyshoitotyöhön kuuluvat mielenterveyshäiriöiden hoito ja kuntoutus sekä mielenterveyden edistäminen. Mielenterveyshoitotyön ensisijaisena päämääränä on lisätä potilaiden työ- ja toimintakykyä sekä hyvinvointia ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Mielenterveyshoitotyötä tehdään kaikilla sektoreilla terveystalouksissa. Yksittäisten ihmisen lisäksi mielenterveyshoitotyön kohteena voivat olla esimerkiksi perheet ja erilaiset yhteisöt. (Kuhanen ym. 2017, 27-28.)

Mielenterveyshoitotyö on hoitajan toteuttamaa mielenterveyttä edistävää hoitotyötä, joka on osa laajaa mielenterveystyön aluetta. Mielenterveyshoitotyön tavoitteena on tunnistaa riskissä oleva henkilö mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, antaa psyykkistä ensiapua ja kriisihoitoa sekä kohentaa potilaan mielenterveyttä. Psyykkisen sairauden uusiutumisen ehkäiseminen ja elämänlaadun parantaminen on yksi tärkein osa mielenterveyshoitotyötä. (Kuhanen ym. 2017, 18.)

Mielenterveyshoitotyön lähtökohtana on potilaan voimavarojen ja selviytymisen tukeminen. Mielenterveyshoitotyö on potilaslähtöistä hoitotyötä jota hoitaja toteuttaa itsenäisesti ja vastuullisesti. Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhde on hoidon onnistumisen kannalta hyvin tärkeää, sen tulisi perustua vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön sekä kykyyn käyttää omaa persoonaa hoitotyön välineenä. Hoitajan tulee olla läsnä potilaalle hoidon asiantuntijana sekä ihmisenä, hoitaja on aidosti kiinnostunut potilaan kokonaisuudesta eikä vain hänen sairaudestaan tai ongelmastaan. Hoitaja osaa soveltaa tietotaitoaan ja käyttää sitä hienovaraisesti erilaisten potilaiden kanssa. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä ohjaa Käypä hoito –suositukset, laatu- ja kehittämissuositukset sekä Hyvä käytäntö- kuvaukset. Hoitajan tulee hoitotieteellisen perustan lisäksi tuntea myöskin lääketiedettä, psykologiaa sekä yhteiskuntatiedettä kuten sosiaalityötä. (Kuhanen ym. 2017, 33-35.)

Potilaalle luodaan aina yksilöllinen hoitosuunnitelma tarpeen arvioinnin jälkeen. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan kanssa, mikäli potilaan vointi sen sallii. Lähtökohtana on kuitenkin ensisijaisesti, että potilaan itse esiin nostamat tarpeet, tavoitteet ja keinot, huomioidaan ensisijaisesti. Suunnitelman tulee olla konkreettinen ja sellainen johon potilas voi sitoutua. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi, mitä mielenterveyshoitotyön menetelmiä hoidossa käytetään. Hoitosuunnitelmaa päivitetään aina potilaan tarpeiden muuttuessa ja vointia arvioidaan aktiivisesti. (Kanerva & Kuhanen 2017, 176-180.) Mie-



lenterveyshoitotyössä avo ja- osastohoidossa voi työskennellä monella eri ammattinimikkeellä, ammattinimikkeitä ovat psykiatrinen sairaanhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja/perushoitaja, mielenterveysohjaaja ja mielisairaanhoitaja (JHL 2018). Lisäksi yhteistyötä tehdään mm. Psykologin, sosiaalityöntekijän ja toimintaterapeutin kanssa (Punkanen 2004, 23). Seuraavaksi on esitetty kuvio mielenterveyshoitotyön palveluista. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Avo ja- osastohoidon palveluita (Soveltaen: Punkanen 2004, 23).

### 2.1.1 Psykiatrinen sairaalahoito

Mielenterveyslain 3 § 1 momentin mukaan kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää alueelleen sen tarpeita vastaavat mielenterveystyöpalvelut. Ensisijaisesti mielenterveyshoitotyö tulisi toteuttaa avohoitopalveluina. Psykiatrissa sairaalahoitoa tarvitaan tilanteissa, joissa avohoidon tarjoamat palvelut ja toimet eivät enää riitä. Avohoidon onnistumisen edellytyksiä heikentävät esimerkiksi päihdeongelmat, omaisten uupuminen ja hoidon laiminlyönti. Jos potilas on täysin yhteistyökyvytön, itsemurhavaarassa, uhkaava tai väkivaltainen, avohoito ei onnistu. Sairaalahoito tai pidennetty päivystyksellinen arviointijakso voivat olla perusteltuja myös esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaan lääkitys vaatii arviointia ja seurantaa, akuutit kriisitilanteet vaativat rauhoittamista, tai potilaan ollessa

vaarallinen itselleen tai muille. (THL 2016, 28.) Esimerkiksi psykoottisen potilaan lähettäminen psykiatriseen sairaalahoitoon on aiheellista, jos potilas on itsetuhoinen tai väkivaltainen ja hänellä on käyttäytymistä vahvasti ohjaavia aistiharhoja tai harhaluuloja. Lähettäminen sairaalahoitoon on myös aiheellista, jos potilaan tutkiminen ja hoito eivät onnistu enää avohoidossa. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015.)

THL:n mukaan psykiatrisen sairaalahoidon tulee olla asiakaslähtöistä, potilaiden osallisuutta lisäävää, näyttöön perustuvaa ja laadukasta (THL 2016, 9). Osastohoidossa käytettäviä hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi läsnäolo potilaan kanssa, omahoitaja keskustelut, toimintakyvyn tukeminen ja ohjaus, tukeminen ja rohkaisu vuorovaikutukseen osastoilmapiirissä, motivointi, ryhmät sekä erilaiset toiminnalliset menetelmät. Hoidon akuuteimmassa vaiheessa päätavoite voi olla turvallisuuden tunteen luominen ja oireiden lievittäminen. (Kanerva & Kuhanen 2017, 176-180.) Tahdosta riippumattomia hoito-toimenpiteitä tulee käyttää vain tilanteissa, joissa muut hoitokeinot eivät riitä ja aina lakiin perustuen. Sairaalahoidossa tulee pyrkiä aina ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen. Potilaan tahto on huomioitava hoitoon liittyvissä päätöksissä riippumatta siitä, onko hän hoidossa vapaaehtoisesti tai tahdosta riippumatta. Hoidon alussa määritellään hoidon tarve, tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi, eli laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma tulee kirjata potilaskertomukseen ja potilas saa halutessaan siitä oman kappaleen. Sairaalahoito perustuu vastavuoroiseen dialogiseen hoitosuhteeseen. Hoitosuhteessa tuetaan potilaan voimavaroja ja pyritään saamaan hänet aktiiviseksi oman sairautensa hoidossa. (THL 2016, 28-29.)

Dialogisessa hoitosuhteessa omahoitajalla ja potilaalla molemmilla on omat vastuulliset roolit pyrittäessä hoidollisiin tavoitteisiin. Ratkaisevana tekijänä tavoitteiden saavuttamiseksi ja hoidon onnistumiseksi on omahoitajan ja potilaan välinen yhteistyö, joka vaatii luottamuksen ja turvallisuuden tunteen muodostumista. Luottamus voi olla koetuksella rajoittamistilanteissa, joissa omahoitaja joutuu rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta tai fyysistä koskemattomuutta. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi eristys, kiinnipito tai pakkolääkitys. On todella tärkeää, että rajoittamistilanteet ja siihen johtaneet syyt käsitellään tarkoin läpi potilaan kanssa, kun tilanne on rauhoittunut ja sopiva hetki jälkipuinnille löytyy. Tilanteiden jälkipuinti ja niistä keskusteleminen auttavat säilyttämään luottamuksen ja näin pystytään välttämään hoitosuhteen vaurioituminen. Jokainen tilanne tulisi käydä läpi sekä henkilökunnan, että potilaan kesken. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 63.) Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilaan oman arvon korostus ja yksilöllinen kunnioitus ovat välttämättömiä seikkoja hoidollisten tavoitteiden

saavuttamiseksi, mutta yhtä välttämätöntä on myös potilaan, muiden potilaiden sekä henkilökunnan turvallisuuden takaaminen. Myös eettisestä ja laillisesta näkökulmasta nämä ovat hoitotyön tärkeimpiä aiheita. Hoitohenkilökunnalla on vastuu osastolla olevien potilaiden turvallisuudesta ja koskemattomuudesta, sekä osaston turvallisuuden ylläpitämisestä. (Moyla 2009, 41-42.)

Lääkehoito on yksi keskeisimmistä hoitomuodoista sairaalahoidossa (THL 2016, 28). Esimerkiksi mielialanvaihteluita, psykoottisuutta, ahdistusta, unettomuutta, pelkotiiloja sekä alavireisyyttä voidaan lievittää lääkeshoidolla. Lääkityksen haitat ja hyödyt ovat hyvin yksilöllisiä jokaisella potilaalla. (Seuri 2017, 301.) Osastohoidossa pystytään varmistamaan, että potilas ottaa lääkkeensä, sekä pystytään seuraamaan lääkityksen tehokkuutta, vastetta ja mahdollisia sivuvaikutuksia. Lääkityksestä tulee keskustella yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla on oikeus saada informaatiota lääkityksen annostelusta, kestosta, vaikutusmekanismeista ja sivuvaikutuksista. Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla lääkehoidolla on merkitystä potilaan lääke- ja hoitomyönteisyyden kehittymisessä. (THL 2016, 28-29.) Psykiatrisia sairausjaksoja pyritään lyhentämään psykiatristen käytöllä sekä niiden avulla pyritään estämään psykiatristen sairausjaksojen toistumista (Huttunen 2017 b).

Psykiatrista sairaalahoidoa annetaan yliopistollisissa keskussairaaloissa, keskussairaaloissa, aluesairaaloissa ja erilaisissa pienemmissä yksiköissä, jotka ovat erikoistuneet psykiatriaan. Sairalahoitomuotoja on erilaisia, riippuen potilasryhmästä ja hoidettavan mielenterveydenhäiriön mukaan ja myös siitä, onko hoito vapaaehtoista tai tahdosta riippumatonta. Hoitotaksot voivat vaihdella muutamien päivien tai viikkojen kriisi- ja avohoidon tukihoidoista aina useita kuukausia kestäviin kuntouttaviin hoitotaksoihin. (Pirkola ym. 2005, 11.) Verrattuna somaattiseen sairaalahoidoon, psykiatrisessa sairaalahoidossa kuolleisuus on harvinaista (Jayaram 2008, 18). Suomessa psykiatrisissa sairaaloissa hoidetaan vuosittain noin 30 000:ta potilasta, joista noin 10 000:ta on tahdosta riippumattomassa hoidossa (Kaltiala-Heino ym. 2013, 62). Vuonna 2016 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrisen tulosalueen sairaaloiden osastohoidoissa yleisimmät diagnoosiryhmät olivat mielialahäiriöt (657), skitsofreniat (530) ja neuroosit sekä psykosomaattiset häiriöt (197). Eniten kustannuksia (6 342 309 €) aiheuttanut diagnoosiryhmä oli skitsofreniat. (VSSH 2016, 12.) Suomessa on kaksi valtion mielisairaala, jotka ovat erikoistuneet oikeuspsykiatriseen tutkimukseen ja hoitoon. Kyseiset sairaalat ovat Niu-vanniemen sairaala Kuopiossa ja Vanha Vaasa Vaasassa. Näissä sairaaloissa hoidetaan erittäin vaikeahoitoisia ja vaarallisia potilaita ja lisäksi tehdään mielentilatutkimuksia

ja hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat psykiatrista hoitoa, koska heidän on todettu olevan ymmärrystä vailla rikoksen tehdessään. (Kanerva & Hämäläinen ym. 2017, 69-70.)

### 2.1.2 Tahdosta riippumaton hoito

Mielenterveyslaissa määritellään kolme edellytystä, joiden on täytyttävä samanaikaisesti, jotta täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon: Henkilön todetaan olevan mielisairas ja mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään, turvallisuuttaan, tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Kolmas edellytys on, että muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (1116/1990, 8§.) Alaikäinen voidaan määrätä hoitoon, vaikka hänen mielenterveyshäiriönsä ei olisi luonteeltaan psykoottinen. Hoitoon voidaan määrätä, jos hän on vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoidon tarpeessa ja muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. (Valvira 2015 & Huttunen 2017a.)

Tahdosta riippumattoman hoidon toteutuksen alussa on neljä vaihetta. Ensimmäiseksi potilas lähetetään sairaalaan tarkkailuun lääkärin tarkkailulähetteellä (M1). Toisessa vaiheessa psykiatrisessa sairaalassa potilas otetaan tarkkailuun osastolle. Tarkkailun aikana potilaalle tehdään joka päivä tarkkailuhaastattelu. Kolmantena vaiheena toimii kirjallisen tarkkailulausunnon (M2) laatiminen, jonka tarkkailusta vastaavan lääkärin on annettava viimeistään neljäntenä päivänä sairaalaan otosta. M2-lausunnon on sisällettävä perusteltu kannanotto siihen, onko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon edelleen olemassa. Potilas on osastolla tarkkailussa korkeintaan neljä päivää, jonka jälkeen ylilääkäri tekee päätöksen hoitoon määräämisestä (M3) tai määräämättä jättämisestä. Ylilääkäri tekee päätöksen tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairaskertomuksen perusteella kirjallisesti. Ennen päätöksen tekemistä on kuultava tarkkailuun otetun potilaan oma mielipide asiasta. Kirjallinen päätös on annettava potilaalle tiedoksi välittömästi. Jos tarkkailun aikana ilmenee, että mielenterveyslain määrittelemät edellytykset eivät toteudu, henkilö on päästettävä pois sairaalasta hänen niin halutessaan. (Huttunen 2017a.) Potilas voi jäädä vapaaehtoiseen hoitoon, jos itse niin haluaa ja kokee sen tarpeelliseksi (Suomen Mielenterveysseura 2018). Kuitenkin myös vapaaehtoisesti sairaalassa oleva potilas voidaan ottaa tarkkailuun ja tarvittaessa määrätä hoitoon, jos hänen vointinsa muuttuu niin, että edellytykset hoitoon määräämisestä täyttyvät (Valvira 2013).

Päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon (M3) jälkeen potilas on hoidossa korkeintaan kolme kuukautta, jonka jälkeen on tehtävä uusi tarkkailulausunto, jos hoitava lääkäri katsoo sairaalahoidon olevan edelleen välttämätöntä potilaalle. Päätös, jolla hoitoa jatketaan, on annettava heti hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Tämän päätöksen perusteella voidaan tahdosta riippumatonta hoitoa jatkaa kerrallaan korkeintaan kuusi kuukautta. Potilaalla on oikeus saada sairaalan ulkopuolinen ja riippumaton lääkäri tekemään arvion ja lausunnon, ennen kuin päätös tehdään (Valvira 2013 & Huttunen 2017 a.)

Tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksien toteutumisen arviointia ja hoitoa koskevia päätöksiä ei tee koskaan vain yksi henkilö (Suomen Mielenterveysseura 2018). Päätökset hoitoon määräämisestä perustuvan lain mukaan aina vähintään kolmen eri lääkärin näkemyksien mukaan. Tarkkailulähetteen kirjoittanut lääkäri ei voi antaa tarkkailulausuntoa, eikä hoitoon määräämisestä voi päättää tarkkailulausunnon kirjoittanut lääkäri. (Huttunen 2017a.) Terveyskeskuslääkärillä on toimintavollisuus laatia tarkkailulähette (M1-lomake), jos hänellä on syytä epäillä toimialueellaan asuvan tai oleskelevan henkilön täyttävän edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon (Hämäläinen ym. 2017, 70). Useimmiten juuri terveyskeskuslääkäri tekee hoitoon lähettävän tarkkailulähetteen psykiatriseen sairaalaan (Suomen Mielenterveysseura 2018). Terveyskeskuslääkärin lisäksi muu julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa toimiva Suomessa laillistettu lääkäri voi laatia tarkkailulähetteen potilaasta. Lääkärin on tutkittava potilas tarkkailulähetteen laatimista varten. (Valvira 2015.)

Psykiatrisessa sairaalassa voidaan joutua tilanteisiin, joissa käytetään potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä. Rajoittamistoimenpiteet ovat mahdollisia vain, jos potilas on tahdosta riippumattomassa hoidossa tai otettu tarkkailuun. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, potilaan omaisuuden tarkistaminen, henkilötarkastus, yhteydenpidon rajoittaminen, eristäminen, leposide-eristäminen, pakkolääkitys ja kiinnipitäminen. Kaikkiin rajoittamistoimenpiteisiin tarvitaan lääkärin määräys ja seuranta, sekä huolellinen kirjaaminen. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 67.) Näiden toimenpiteiden käytölle tulee olla aina lakiin perustuva syy ja niiden käyttöä ennen on kokeiltu kaikki mahdolliset muut hoitomenetelmät, jotka todetaan riittämättömiksi. Perusteltu syy rajoittamistoimenpiteelle on usein potilaan oman turvallisuuden tai muiden potilaiden tai henkilökunnan turvallisuuden takaaminen ja vahingoittumisen estäminen. Suomessa potilasta eniten rajoittavat toimenpiteet ovat sitominen, eristäminen, tahdonvastainen injektio-lääkitys, sekä kiinnipitäminen. Näiden

toimenpiteiden määrää seurataan systemaattisesti. (THL 2016, 9.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrisen tulosalueen potilashoidon vuosikertomuksessa (2016) todetaan, että lähivuosina tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden, kuten eristyksen ja leposide-eristyksen käyttö ovat olleet lievässä kasvussa. Samassa yhteydessä todettiin myös, että sairaanhoitopiirin sairaaloissa osastohoidossa hoidettiin aikaisempaa enemmän vaikeahoitoisia potilaita ja kriminaalipotilaita. (VSSH 2016, 2.)

Turvallisuuden takaamiseksi tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa potilasta voidaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai hoitoyksikön tiloista. Jos potilas poistuu luvatta sairaalasta, hänet noudetaan takaisin. Potilaan poistumisen estämiseksi yksikön hoitohenkilökunta saa käyttää tarpeellisia voimakeinoja. Lähtökohtaisesti kaikilla potilailla on oikeus ulkoilla, ellei psyykkinen vointi tai muu seikka oikeuta tämän rajoittamista. Potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta päättää häntä hoitava lääkäri ja päätös tapahtuu aina yksilöllisesti. Jos potilaalla on sairaalaan tullessa hallussaan päihteitä, turvallisuutta tai terveyttä uhkaavia aineita tai esineitä, saadaan ne ottaa haltuun. Myös muut hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti haittaavat esineet saadaan ottaa haltuun. Potilaan rahat tai muut maksuvälineet voidaan ottaa talteen, jos potilas ei sairautensa vuoksi itse pysty huolehtimaan niistä. Hoidon päätyttyä haltuun otettu omaisuus on palautettava potilaalle, jos kyseinen omaisuus on laillista. Kaikesta tahdonvastaisesti haltuun otetusta omaisuudesta tehdään kirjallinen päätös ja potilasasiakirjoihin tulee merkintä, mitä omaisuutta on otettu haltuun. Päätöksen tekee ylilääkäri. Vapaaehtoisesti säilytykseen jätetystä tavarasta ei tehdä omaisuuden haltuunotto päätöstä. Potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle voidaan rajoittaa, jos siitä on vakavaa haittaa potilaan hoidolle ja turvallisuudelle tai jos sen rajoittaminen on välttämätöntä potilaan tai muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi. Potilaan yhteydenpitoa hänen oikeusavustajaan tai potilasasiamieheen ei voida rajoittaa. Myös yhteydenpidon rajoittamisesta tehdään kirjallinen ja valituskelpoinen päätös. (THL 2016, 12-14.)

Potilaan eristäminen vastoin hänen tahtoaan on sallittua, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa takia todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita tai jos hän vaikeuttaa vakavasti käytöksellään muiden potilaiden hoitoa tai turvallisuutta. Eristäminen voidaan toteuttaa myös, jos se on välttämätöntä jostain muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Vapaaehtoisessa hoidossa olevia potilaita ei saa eristää. Eristämisestä tai sitomisesta päättää potilasta hoitava lääkäri, mutta kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuuluvat henkilöt saavat väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan. Eristämisestä on

ilmoitettava välittömästi potilasta hoitavalle lääkärille. (THL 2016, 15.) Huone-eristyksessä potilas lukitaan huoneeseen, jossa on usein vain peitto ja makuupatja. Tilat ja varusteet vaihtelevat huone-eristyksissä, sillä mitään yhteistä ohjeistusta ei ole. Tärkeää on, ettei huoneessa ole mitään, millä potilas voisi vahingoittaa itseään tai muita. Potilaan turvallisuudesta on huolehdittava vähintään 15min välein. Leposide-eristyksellä tarkoitetaan sitä, että potilas sidotaan vuoteeseen erikoisvalmisteisilla remmeillä niin käsistä ja jaloista kuin keskivartalostakin. Tällöin hoitohenkilökunnalla tulee olla jatkuva kuulo- ja näköyhteys potilaaseen. Eristämistilanteita sekä sitomistilanteita varten määrätään aina vastuuhoidtaja, hänen tehtävänään on huolehtia potilaan riittävästä hoidosta ja huolenpidosta toimenpiteen aikana ja mahdollisuuden keskustella. Vuorovaikutussuhde ja luottamus potilaaseen pyritään säilyttämään tilanteessa. Kun potilaan eristäminen tai sitominen ei ole enää välttämätöntä, on se lopetettava välittömästi. Joskus voidaan joutua myös kiinnipitotilanteisiin. Kiinnipito tarkoittaa tilannetta, jossa potilasta pidetään fyysisesti kiinni hallituilla tietyillä tekniikoilla. Kiinnipitämisellä voidaan rajoittaa aggressiivisuutta ja väkivaltaista käytöstä sekä sen tarkoituksena on uhkaava tilanne rauhoittaa kivuttomasti. Koska voimakas kiihtymystila liittyy sitomiseen ja eristämiseen, voi seurauksena tulla somaattisia komplikaatioita. Niin hoitohenkilökunnalle kuin potilaalle voi tulla kiinnipidon/eristämisen yhteydessä venähdyksiä, nyrjähdyksiä tai ruhjeita, vaikka näitä tietenkin pyritään välttämään hoitohenkilökunnan kouluttautumisella. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 68-69.)

## 2.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on peruseriaa terveydenhoidossa (WHO 2017). Potilaan hoidossa korostuu potilasturvallisuus, eli kirjaamista hoidossa tapahtuneista virheistä, syiden selvittelyä sekä suunnitellaan ehkäisyä ja toteutusta (THL 2018, 6). Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen sisältyy eri alueita, joita ovat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus. (THL 2017.) Potilasturvallisuuden yksi käsitteistä on vaaratapahtuma (Kanerva & Hämäläinen 2017, 92).

Määritelmä potilasturvallisuudesta vaihtelee, riippuen siitä, kenen näkökulmasta tarkastellaan asiaa. Potilasturvallisuus käsittää (STM:n mukaan) terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja yksiköiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on valmistaa

hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumalta. Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa, mutta saatetaan välttää haitalta, vaikka toiminta ei olisi turvallista edellisen määritelmän mukaan. Potilasturvallisuus sisältää hoidon, laite- että lääkitysturvallisuuden. Lääkehoidossa voi olla kyse joko lääkehoidon poikkeamasta, jonka johdosta hoito ei toteudu suunnitellusti, ja tästä aiheutuu potilaalle haittaa tai sitten haitat, jotka liittyvät lääkevalmisteseen, jolloin lääkkeestä voi tulla haitallisia vaikutuksia. Laiteturvallisuudessa saattaa syntyä potilaan turvallisuuden poikkeama joko itse laitteen toimintahäiriön takia tai poikkeama laitteen käytössä. (Helovuori ym. 2011, 13.)

Organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia on potilasturvallisuus. Ammatillisuuteen kuuluu ammattiryhmän ja jokaisen työntekijän vastuu potilasturvallisuudesta, sekä sitoutuminen sen edistämiseen kehittämällä ja arvioimalla omaa työtään, toimintaansa ja osaamistaan turvallisemmaksi. (STM:n julkaisuja 2009, 14.)

Suomen lainsäädännössä on useita lakeja, joiden avulla potilasturvallisuutta edistetään. Keskeisin laki on Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 8§ Laatu ja potilasturvallisuus. Terveydenhuollon lainsäädäntö velvoittaa, että toiminnan on oltava tieteellisesti sekä ammatillisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, turvallista ja laadukasta. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa potilasturvallisuuden säädösvalmistelusta. (Helovuori ym. 2011, 38.)

Kun kaikessa hoitoon liittyvässä työssä ehkäistään ja ennakoidaan hoitovirheet, erehdykset sekä vahingot niin pitkälti kuin mahdollista, toteutuu potilasturvallisuus (THL 2018, 7). Syyllistämättömyyden periaate kuuluu olennaisena osana potilasturvallisuuden edistämiseen. Osa toiminnan kehittämistä on, että avoimessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä käsitellään avoimesti havaittuja haittatapahtumia, poikkeamia ja läheltä piti-tilanteita. Käsittely hoitoon liittyvistä virheistä sekä vahingoista, on ahdistavaa niin hoitotilanteessa mukana olleille, että heidän esimiehilleen. Potilaille on kerrottava avoimesti haitat ja virheet sekä niihin johtaneet syyt, mikäli he ovat joutuneet niiden kohteelle. Tärkeää on avoimuus, sillä mikäli annetaan vajavaista tietoa, se voidaan tulkita salailuksi tai valehteluksi. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 23.)



### 2.3 Vaaratapahtumat

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaan turvallisuuden vaarantumisen. Vaaratapahtumat voivat olla esimerkiksi läheltä piti-tilanteita, jolloin vaarallinen tilanne potilaalle huomataan ajoissa, eikä potilaalle ehdi tapahtumaan haittaa. Jos potilaalle aiheutuu hoitoon kuulumatonta haittaa, puhutaan haittatapahtumasta. (Eksote 2018.) Vaikka henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta sekä toiminta varsin säädeltyä, ovat vaaratapahtumat kuitenkin mahdollisia (STM:n julkaisuja 2009, 11). Vaaratapahtuman aiheuttaja on harvoin yksittäinen poikkeama tai ainoastaan yhden ihmisen toiminta. Tavallisesti vaaran taustalla vaikuttaa eri tekijöitä, jotka turvallista hoitoa heikentävät. (Helovuori ym. 2011, 21.) IOM on todennut, että yksilöllisten tekijöiden sijaan eniten estettävissä olevia vaaratapahtumia tapahtuu systemaattisista haittatekijöistä, jotka liittyvät esimerkiksi organisaatioiden johtajuuteen ja hallintoon, resursseihin ja koko työympäristöön (Wang ym. 2014, 1115).

Potilaaseen kohdistunut vaaratilanne tai haittatapahtuma voi aiheuttaa potilaalle fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia (McCaughan & Kaufman 2013, 50). Vaaratapahtumat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle potilaan tuskan ja kärsimyksen lisäksi (Leskinen 2016, 1). Vaaratapahtumat, jotka aiheuttavat potilaalle haittaa, ovat haittatapahtumia (Kanerva & Hämäläinen 2017, 93). Haittatapahtuma on ei-toivottu seuraus sekä haitallinen seuraus toimenpiteestä tai lääkityksestä tai sen tekemättä jättämisestä. Haittatapahtuma ei kuitenkaan ole sama asia kuin hoidon komplikaatio. (THL 2011, 6.)

Estettävissä olevat, hoitoon liittyvät haittatapahtumat aiheuttavat potilaille ja heidän läheisilleen huomattavia, vaikeasti mitattavia kärsimyksiä. Haittatapahtumista johtuvat lisääntyneet hoitokustannukset, pitkittyneet hoitojaksot sekä potilaalle aiheutuneet pysyvät tai tilapäiset vammat ovat arkipäivää. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 17, 31.) Tutkimukseen perustuvaa tietoa haittatapahtumien määrästä Suomessa ei juuri ole. Muissa maissa julkaistujen havaintojen perusteella, THL on arvioinut, että Suomessa kuolisi 700-1700 ihmistä haittatapahtumien seurauksena (Roine ym. 2017, 108).

WHO:n mukaan joka kymmenes potilas Euroopassa kokee estettävissä olevia haittatapahtumia sairaaloissa, jotka tuottavat potilaalle hoitoon kuulumatonta haittaa (WHO Europe 2018). Haittatapahtumat aiheuttavat terveydenhuollossa tehottomuutta, sillä osa voimavaroista kuluu virheiden korjaamiseen ja on tämän vuoksi pois terveydenhoidosta

(Leskinen 2016, 1). Vuonna 2010 on arvioitu, että Suomen terveydenhuollolle haittatapahtumista aiheutuvat kokonaiskustannukset olisivat yhteensä 951 miljoonaa euroa vuodessa. Tähän on otettu mukaan avohoito sekä pitkäaikaishoito. (Järvelin ym. 2010, 1126.) Läheltä piti- tilanne on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa potilaalle haittaa. Tilanteessa kuitenkin vältyttiin haitalta sattumalta tai se havaittiin ajoissa ja seuraukset pystyttiin estämään. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 93.) Vaikka läheltä piti-tilanne ei aiheuta mitään haittaa potilaalle, se kuitenkin saattaa sisältää hyvin vakavalle haitalle riskin, joka vain sattumalta vältyttiin tilanteessa (Helovuori ym. 2011, 17).

Nykyisin voidaan raportoida vaaratapahtumat koko erikoissairaanhoidon kattavaan internet- pohjaiseen vaaratapahtumien käsittely- ja raportointi järjestelmään, eli HaiPro:oon (Niemi-Murola ym. 2011, 21). Toiminnan kehittämiseen tarkoitettua HaiProa käytetään sisäisesti eri yksiköissä. Helppokäyttöisen sekä järjestelmällisen raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat ottaa oppia ilmoitetuista vaaratapahtumista sekä terveydenhuollon johto saa tietoa toimenpiteiden vaikutuksista sekä varautumisen riittävästä. HaiPro raportointi perustuu luottamukselliseen, vapaaehtoiseen ja syytteleättömään vaaratapahtumien käsittelyyn ja ilmoittamiseen. (HaiPro 2018.) Yleisesti ottaen, järjestelmään ilmoitetaan niin vaaratapahtumat kuin haittatapahtumat, sekä myös läheltä piti tapahtumat. Ilmoitustavat ovat organisaatiokohtaisia, mutta pääperiaate on, että ilmoitus tehdään, kun ilmoittaja kokee, että asiaan puuttumalla voitaisiin saada toiminnasta turvallisempaa. HaiPro ilmoituksen voi tehdä joko nimettömästi tai omalla nimellä. HaiPron perusperiaate onkin, että ilmoitukset tehdään nimettömästi, sillä se alentaa kynnystä tehdä ilmoitus. (HaiPro 2015, 2,11.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalue on julkaissut vuodesta 2016 potilashoidon vuosikertomuksen. Psykiatrian tulosalueella käytetään HaiProa, josta on saatu tuloksia liittyen potilasturvallisuuteen. Vuoden 2016 aikana tehtiin potilasturvallisuusilmoituksia yhteensä 334. Ilmoituksia tuli 12 % enemmän kuin vuonna 2015. Läheltä piti- tilanteita raportoitiin 184 (55 %) sekä potilaalle tapahtuneita vaaratapahtumia 150 (45 %). Tässä suhteessa kuitenkin ei ollut merkittävää eroa edelliseen vuoteen verrattuna. Merkittävän riskin tapahtumailmoituksia tuli vain yksi vuonna 2016. Ilmoituksista noin 70 % liittyi lääkehoidon toteutukseen, jossa lääkkeen jakovirhe korostui eniten. Noin 9 % ilmoituksista liittyi tiedonkulkuun sekä tiedon hallintaan. Väkivaltaan liittyviin vaaratapahtumiin tehtiin noin 10 % ilmoituksista, näistä yli 48 % oli toisen potilaan aiheuttama. Kuitenkin ilmoitusten määrä liittyen väkivaltaan on laskenut 0,5 % viime vuoteen verrattuna. (VSSH 2016, 7-8.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilasturvallisuutta ja tarkastella minkälaisia vaaratapahtumia mielenterveyshoitotyössä tapahtuu sekä miten niitä voidaan ennaltaehkäistä. Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tietojen perusteella luodaan puolistrukturoitu kyselylomake, jota voidaan käyttää psykiatrisilla osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta mielenterveyshoitotyössä.

Opinnäytetyössä haetaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä erityispiirteitä potilasturvallisuudessa esiintyy mielenterveyshoitotyössä?
2. Minkälaisia vaaratapahtumia mielenterveyshoitotyössä tapahtuu ja miten niitä voidaan ennaltaehkäistä?
3. Minkälainen kyselylomake kirjallisuuskatsauksen pohjalta saadaan luotua?

Opinnäytetyö toteutetaan narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, koska alustavien hakujen ja varsinaisen tiedonhaun pohjalta huomattiin, että opinnäytetyön aiheesta oli vain vähän tieteellistä aineistoa löydettävissä, joten systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei näin ollen onnistunut. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa käsiteltävästä aiheesta ja sen ominaisuuksista pystytään antamaan laaja-alainen kuva ja usein epäyhtenäistä tietoa pyritään jäsentelemään jatkuvaksi tapahtumaksi (Salminen 2011, 6-7). Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä syntetisoi ja kokoaa yhteen tutkimustietoa sanallisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 94). Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa kootaan, kuvaillaan ja tarkastellaan aineistolähtöisesti aikaisempaa tietoa tutkimusaiheesta. Siinä voidaan myös pyrkiä tunnistamaan, vahvistamaan tai kyseenalaistamaan aikaisempaa tietoa tai sen mahdollisia ristiriitoja. Aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymykset ja tarkoituksena on löytää mahdollisimman relevanttia tietoa vastausten saamiseksi. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tähdätään tutkittavan ilmiön ymmärtämiseen ja vastataan tutkimuskysymyksiin laadullisen kuvailun muodossa yhdistäen ja analysoiden eri aineistojen sisältöjä. (Kangasniemi ym. 2013, 294-298.)

Tietoa haettiin seuraavista tietokannoista; Chinal complete, Medic, Finna (kansainvälinen), PubMed, Medline, Arto ja Oppiportti. Hakusanoina käytettiin: Potilasturvallisuus

(patient safety), vaaratapahtuma (patient safety incident), haittatapahtuma (adverse events), psykiatria (psychiatry), mielenterveys (mental health), tahdosta riippumaton hoito (involuntary treatment & involuntary commitment), pakkohoidossa oleva potilas (in-patient).

Tietokantahaun lisäksi, tietoa haettiin manuaalisesti laajasti hoitotyön ja psykiatrian opikirjoista, sekä suomalaisista luotettavista lähteistä, kuten Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystietä (Duodecim), Suomen lääkäri-lehti, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Valvira, Suomen mielenterveysseura, Käypä hoito. Manuaalisella haulla löytyi 10 julkaisuja (n=10). Seuraavaksi esitetään taulukko tietokantahaun prosessista.

Taulukko 1. Tietokantahaun prosessi. Rajauksina käytetty 2008-2018 ja full text.

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Cinahl complete	Patient safety *and adverse events *and psychiatry	3	1	1	1
	Patient safety *and adverse events *and mental health	12	3	3	3
	Patient safety *and mental health * psychiatry	3	1	1	1
	Involuntary treatment *and inpatient	9	2	-	-
	Involuntary commitment *and inpatient	56	6	-	-
	Patient safety incident *and psychiatry	3	1	1	0
Medic	potilasturvallisuus * psykiatria * vaaratapahtuma	0			
	potilasturvallisuus * psykiatria	0			
	potilasturvallisuus * mielenterveys	0			
	potilasturvallisuus * vaaratapahtuma	1	1	-	-
Finna (kansainvälinen)	Patient safety *and Adverse events and*psychiatry	1	-	-	-
	Patient safety *and Adverse events *and mental health	4	1	0	0

Tietokanta	Hakusanat	Osu- mat	Otsikon perus- teella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Finna (kan- sainvälinen)	Patient safety incident *and psychiatry	1	1	0	0
	Involuntary commitment *and inpatient	0	-	-	-
	Potilasturvallisuus *and mielenterveys	73	12	-	-
	Potilasturvallisuus *and psykiatria	52	4	2	1
	Pakkohoito *and mielenterveys				
PubMed	Patient safety *and Ad- verse events *and psy- chiatry	66	1	-	-
	Patient safety *and ad- verse events *and mental health	47	3	-	-
	Patient safety *and mental health *and psychiatry	143	4	2	-
	Involuntary treatment *and inpatient	22	2	1	-
	Involuntary commitment *and inpatient	29	-	-	-
Arto	Potilasturvallisuus *and mielenterveys	1	-	-	-
	Potilasturvallisuus *and psykiatria	-	-	-	-
	Vaaratapahtumat *and psykiatria	-	-	-	-
Medline	Patient safety *and ad- verse events *and mental health	4	-	-	-
	Patient safety *and mental health	8			
Oppiportti	Psykiatria ja turvallisuus	3	1	1	1
					(n= 7)

Tässä opinnäytetyössä käytetty aineisto analysoitiin sisällön erittelyllä käyttäen induktiivista lähestymistapaa. Analyysin tarkoituksena on luoda selkeä kuva tutkittavasta ilmiöstä ja tiivistämään aineisto selkeään ja informatiiviseen muotoon. Induktiivisen analysoinnin tarkoituksena on myös informaatioarvon lisääminen, pyrkien luomaan yhtenäistä ja selkeää informaatiota hajanaisesta aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105-106.) Seuraavassa taulukossa (Taulukko 2) esitellään julkaisut, joista etsittiin vastaukset opinnäytetyötä ohjaaviin kysymyksiin. Julkaisuja löytyi 17 kappaletta (n=17), joista 11 on suomalaista ja 6 ulkomaalaista. Julkaisut ovat vuosilta 2008-2018.

Taulukko 2. Tulososiossa käytetty aineisto.

Julkaisu	Tekijät & Vuosi
Adverse events occurring on mental health units.	Mills, Wattsa, Shinera & Hemphillc, 2018
Potilasturvallisuudesta on liian vähän tietoa	Roine, Kinnunen & Haavisto, 2017
Mielenterveyshoitotyö	Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri, 2017
"Mitä me hullut?" Psykiatrinen sairaalahoido potilaan kokemana.	Raukunen Rebeca, 2017
Potilaisiin kohdistuvat väkivaltatilanteet oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa. HaiPro –aineiston analyysi.	Leskinen Mari, 2016
Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016
Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives	Molin, Graneheim & Lindgren, 2016
Evidence-based violence risk assessment in psychiatric inpatient care: an implementation study	Tella Lantta, 2016
Experience Feedback Committee:a management tool to improve patient safety in mental health	Boussat, Bougerol, Detante, Seigneurin & Francois, 2015
Rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit)-riippuvuus ja vieroitus.	Rovasalo Aki, 2015
The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey.	Wang, Liu, You, Xiang, Hu, Zhang, Zheng & Zhu, 2014
Turvallisuus psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa.	Kaltiala-Heino, Makkonen & Moring, 2013
Potilasturvallisuus	Helovuola, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen, 2011
Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing.Pro gradu -tutkielma	Kontio Raija, 2011
Potilasturvallisuuden kustannukset	Järvelin, Haavisto & Kaila, 2010
Physical restraint in acute care psychiatry	Lois Biggin Moyla, 2009
Measuring adverse events in psychiatry	Geetha Jayaram, 2008
	(n=17)

## 4 TULOKSET

### 4.1 Potilasturvallisuuden erityispiirteet mielenterveyshoitotyössä

Keskeistä potilasturvallisuudessa mielenterveyshoitotyössä on kokemus turvallisuudesta ja hoidon toteuttamisen turvallisuus. Psykiatrisilla potilailla sairaudet voivat vaikuttaa potilaan kokemukseen turvallisuudesta. Psykiatrinen sairaus voi vaikuttaa potilaan todellisuudentajun hämärtymiseen, jolloin potilas voi ei välttämättä tunne itseään ollenkaan sairaaksi ja tästä syystä pitää hoitoa tarpeettomana. Turvallisuuden kokemus potilaan näkökulmasta voi olla esimerkiksi tieto siitä, että hän on turvassa harhoiltaan sekä omalta itseltään. Turvallisuuden kokemuksen kannalta on myös tärkeää, ettei potilas koe itseään uhatuksi ja että yhteistyö henkilökunnan kanssa on hyvää ja kunnioittavaa. (Karnerva & Hämäläinen ym. 2017, 95.) Psykiatriset potilaat voivat olla hyvin haavoittuvaisessa asemassa, koska psyykkinen sairaus voi vaikuttaa potilaan kontrollin tunteen menettämiseen. Kontrollin tunteen menettämistä voi korostaa myös valta, joka hoitohenkilökunnalla on potilaiden kontrolloimiseen, etenkin suljetuilla osastoilla. (Raukunen 2017, 19.)

Potilasturvallisuutta käsiteltäessä psykiatrisessa yksikössä on huomioitava aina myös henkilöstön työturvallisuus potilaiden lisäksi. Hoitajista joka kolmas on kokenut työssään fyysistä uhkaa tai jopa väkivaltaa psykiatrisessa yksikössä. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 67.) Psykiatrisessa hoitotyössä henkilökunnan määrällä on suuri merkitys potilasturvallisuuden toteutumiselle, sillä pätevät, koulutetut ja kokeneet hoitajat lisäävät potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden ja sen edistämisen kannalta on tärkeää, että organisaatio järjestää ja tarjoaa henkilökunnalleen riittävästi koulutusta asiasta. Henkilöstömäärän ja laadun tulisi vastata osaston potilaiden tarpeisiin, jotta hoidon hyvä laatu ja osaston turvallisuus voidaan taata. Myös hoitohenkilökunnan oma terveys ja hyvinvointi on keskeinen osa potilasturvallisuutta. (Leskinen 2016, 18.) Psykiatrinen hoitotyö saattaa olla sekä henkisesti että fyysisesti hyvin kuormittavaa. Tutkimuksissa on todettu, että hoitajien jaksamista vähentävät esimerkiksi työssä koetut vaaratilanteet, psyykkinen kuormittavuus, kiire, resurssien vähäisyys, puutteet esimiestoiminnassa ja työyhteisön huono ilmapiiri. (Raukunen 2017, 76.) Tämän vuoksi etenkin psykiatrisessa hoitotyössä korostuu työnohjauksen merkitys. Sen avulla pystytään tarkastelemaan työntekijän jaksamista ja tarjota tukea psyykkisesti kuormittavassa työssä jaksamiseen. Hyvinvoiva hoitaja lisää po-

tilasturvallisuutta. (Leskinen 2016, 18.) Myönteinen työilmapiiri ja toimiva työyhteisö edistävät hoitajien jaksamista psykiatrisessa sairaalassa (Raukunen 2017, 108). Hoitohenkilökunnan jaksaminen ei ole pelkästään työyhteisön sisäinen asia, sillä hoitajien jaksaminen heijastuu myös potilaiden saamaan hoitoon, niin myönteisellä kuin negatiivisella tavalla. Rebeca Raukusen Pro gradu- tutkielmaan ”Mitä me hullut?” – Psykiatrinen sairaalahoito potilaan kokemana (2017) osallistuneiden potilaiden kokemuksista ilmeni, että valtaosa vastanneista kyseenalaisti hoitajien jaksamisen psykiatrisessa hoitotyössä. Potilaat kokivat, että hoitohenkilökunnan jaksamisen puute vaikutti potilaiden hoidon laatuun.

Hoidon laatu ja psyykkisiin sairauksiin liittyvä häpeäleima eli stigma sekä mielenterveyspalvelujen potilasturvallisuus ja palvelujen saatavuus ovat kiinteästi toisiinsa yhteydessä. Stigma liittyy potilaan joutumiseen marginaaliin, minkä takia ei mielenterveyspalvelujen resursointia eikä rahoitusta pidetä tärkeinä. (Kaltiala-Heino ym. 2013.)

Yleisesti terveydenhuollon kaikilla osa-alueilla potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä ovat esimerkiksi erilaiset tapaturmat, kaatumiset, tiedonkulun häiriöt ja lääkitykseen liittyvät haitta- ja läheltä piti tilanteet (Mills ym. 2018, 65). Nämä tekijät esiintyvät myös mielen-terveys- ja hoitotyön osa-alueilla. Psykiatrisessa hoitotyössä potilasturvallisuuteen liittyy kuitenkin erityispiirteitä. Tällaisia erityispiirteitä potilasturvallisuuden kannalta tuovat esimerkiksi potilaiden aggressiivisuus ja väkivaltaisuus, itsetuhoinen käyttäytyminen, sairaalasta karkaaminen ja erilaiset hoidon rajoittamiset ja tahdonvastaiset toimenpiteet, kuten eristäminen ja sitominen. Myös psykiatristen potilaiden päihteiden käyttö ja erityisesti päihteiden ja lääkkeiden sekakäyttö lisäävät väkivallan riskiä. Potilasturvallisuusongelmista raportoitaessa usein kiinnitetään huomiota tapahtuman aiheuttamiin fyysisiin haittoihin ja tilanteisiin, joissa juuri fyysinen turvallisuus on uhattuna. Kuitenkin erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä tulisi huomioida ja käsitellä laajasti myös mahdolliset emotionaaliset haitat ja potilaan traumatisoitumisen. Psykiatrinen hoito itsessään ja siihen liittyvät mahdolliset itsemääräämisoikeuden ja vapauden rajoituksen voivat aiheuttaa potilaalle psykologista haittaa. (Leskinen 2016, 2-4,17.)

Potilasturvallisuuskysymykset liittyen lääkehoitoon ovat pääosin samoja psykiatristen potilaiden lääkehoidossa kuin muidenkin potilasryhmien lääkehoidossa. Erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä voi tulla tilanteita, joissa joudutaan lääkitsemään potilasta tämän tahdosta riippumatta. Tämä tarkoittaa pakkolääkitystä. Pakkolääkitystä käytetään, mikäli lääkitys on potilaan hoidon kannalta välttämätöntä ja määrättyä psyykenlääkettä potilas kieltäytyy ottamasta. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 69.) Pakkolääkityksestä voidaan



puhua myös tilanteessa, jossa potilaalle kerrotaan, että lääke annetaan tahdonvastaisena injektiona, mikäli potilas ei suostu ottamaan lääkettä suun kautta (THL 2016, 17). Pakkolääkitystilanteet ovat aina eettisesti haasteellisia ja raskaita, niin potilaalle kuin hoitohenkilökunnalle (Kontio 2011, 11). Kuten aikaisemmin mainittiin, psykoottinen potilas ei välttämättä pidä hoitoa tarpeellisena, koska hän ei välttämättä koe olevansa sairas. Tämän vuoksi hänelle voi tulla vääristynyt kuva todellisuudesta ja siihen voi liittyä käsitys joutumisesta myrkytyksen uhriksi. Potilas voi vältellä hänelle annettua lääkitystä kaikin keinoin, mikäli hänellä on vääristynyt kuva todellisuudesta. Kuitenkin on todettu, että neurolepteilla eli psykoosilääkkeillä sekä masennuslääkkeillä on runsaasti haittavaikutuksia, joten kokemus voi olla todellinen myrkytystilasta. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 71.) Psykoosilääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia ovat esimerkiksi väsymys, suun kuivuminen, ummetus, seksuaalitoimintojen häiriöt, kuukautishäiriöt ja verenpaineen lasku. Haittavaikutuksia esiintyy yleensä hoidon alkuvaiheessa, jos annos on liian suuri tai jos sitä suurennetaan liian nopeasti. Osa psykoosilääkkeistä, kuten klotsapiini ja olantsapiini voivat aiheuttaa merkittävää painonnousua. Psykoosilääkkeiden aiheuttama painonnousu ja siihen liittyvät kolesterolin ja rasva-arvojen kohoaminen lisäävät pidemmällä aikavälillä myös sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. (Huttunen 2017c.) Lääkkeiden laiminlyönti liittyy useimmiten niiden haittavaikutuksiin (Huttunen 2017d). Psykiatrisessa hoitotyössä yleisesti käytetyt rauhoittavat lääkkeet, kuten esimerkiksi bentsodiatsepiinit aiheuttavat helposti riippuvuutta ja pitkäaikaisessa käytössä merkittävä toleranssin kehittyminen ja hankalat vieroitusoireet vaikeuttavat lääkkeitä vieroittautumista (Rovasalo 2015). Psykiatrisessa hoitotyössä, etenkin psykoosisairauksien hoidossa on ensisijaisen tärkeää saada potilaat sitoutumaan lääkehoitoon. Lääkkeiden epäsäännöllinen käyttö, lääkkeiden käytön lopettaminen omin päin ja lääkityksen määrän liian varhainen tai nopea laskeminen ovat merkittäviä syitä psykoottisten oireiden pahenemiseen ja akuuttien psykoosien uusimiseen. On arvioitu, että ainakin joka kolmas toistuvista psykooseista kärsineistä potilaista laiminlyö lääkehoitoaan joko ottamalla lääkkeitä epäsäännöllisesti tai jättämättä sen kokonaan pois. Alkoholin ja huumeiden käyttö heikentää lääkityksen tehoa ja voi myös olla syy lääkityksen epäsäännölliseen käyttämiseen. (Huttunen 2017d.)

Psykiatriset potilaat ovat alttiita itsemääräämisoikeuksien loukkauksille sairaalassa käytettävien eristys- ja sitomistoimenpiteiden vuoksi. Potilaiden kokemuksia ja ehdotuksia on dokumentoitu eristämisestä ja sitomisesta. Jotkut potilaat ovat kokeneet eristämisen ja sitomisen negatiivisena, haitallisena ja traumaattisena. Osa potilaista eivät tienneet

minkä takia heidät oltiin eristetty tai sidottu ja he kokivat sen rangaistuksena tai kidutuksena. Potilaat olivat kokeneet eristämisen ja sitomisen aikana negatiivisia tunteita, joita olivat viha, avuttomuus, voimattomuus, yksinäisyys ja nöyryytys, yleensä nämä tunteet johtuivat siitä, että henkilökunta ei ollut vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tai he eivät saaneet riittävästi tietoa hoidostaan ja miksi eristäminen tai sitominen on toteutettu. Potilailla oli myöskin vaikeuksia saada toimitettua perustarpeitansa, kuten vessassa ja pesulla käymistä sekä syömistä ja juomista. Pääasiassa potilaiden kokemukset ovat negatiivisia, mutta potilaat ovat kokeneet kuitenkin myös positiivisia tunteita kuten turvallisuuden tunnetta tai rauhoittavan vaikutuksen eristyksen ja sitomisen aikana. (Kontio 2011, 40.)

Potilaat antoivat kokemustensa perusteella ehdotuksia, miten tilanteita voitaisiin parantaa. Potilaat kokivat tarvetta parempaan vuorovaikutukseen hoitajien ja lääkärien kanssa ja heidän kunnioittavan itsemääräämisoikeutta eristämisen ja sitomisprosessin aikana. On ehdotettu, että potilaiden itsemääräämisoikeutta voitaisiin tukea eristämisen tai sitomisen aikana vähäisissäkin asioissa kuten mitä pukea ylle, valita ruuan ja juoman tai päättää itse, kun on aika mennä vessaan tai peseytymään. Potilaat toivoivat, että henkilökunta keskustelee heidän kanssaan ja osoittaa aitoa kiinnostusta eristämisen ja sitomisen aikana, lisäksi potilaat osoittivat myöhemmin tarpeensa keskustella eristämisestä ja sitomisesta sen päätyttyä. Potilaiden ehdotukset paransivat keskeisiä hoitotyön osa-alueita, mutta suurelta osin niitä ei kuitenkaan huomioitu tarpeeksi. Potilailta on myös kysytty vähemmän rajoittavia vaihtoehtoisia menetelmiä eristämiselle ja sitomiselle esimerkiksi he ehdottivat; Verbaalinen interventio jota seuraa lääkitys, jatkuva havainnointi, ”time out” ohjelma, mahdollisuus neuvotella henkilökunnan kanssa, aktiviteettejä, rentouttavaa musiikkia ja selkeämmät säännöt osastolle. Potilaiden kokemuksia on kuitenkin vähän ja heiltä toivotaan aktiivisempaan roolia hoidon suunnitteluun. Kokemusten saaminen on välttämätöntä, jotta voidaan varmistaa näyttöön perustuva ja potilaskeskeiset psykiatriset palvelut. Lääkärit ja suurin osa sairaanhoitajista korostivat eristämistä ja sitomista koskevia kirjallisten ohjeiden tärkeyttä sisällyttämällä siihen lainsäädäntö, säännöt ja kriteerit. Osa sairaanhoitajista raportoi, että kirjallisille ohjeistuksille ei ole tarvetta, sillä jokainen eristäminen ja sitominen ainutlaatuinen, eikä sitä voida ohjata stereotyyppisesti minkä tahansa standardien tai sääntöjen mukaan. Hoitohenkilökunta kuitenkin uskoi, että prosessiin liittyi joitakin eettisiä ongelmia ja he ehdottivat ja käyttivät muita keinoja eristämisen ja sitomisen minimoimiseksi sekä korvaamiseksi ja pyrkivät siten antamaan inhimillisempää hoitoa potilaille. Tämä kuitenkin vaatii edelleen hoitajien ammatillista kouluttamista. (Kontio 2011, 41-45.) Tärkeitä tekijöitä ovat henkilökunnan

yhteiset toimintatavat sekä ammatillisen osaamisen ylläpitäminen. Hoitohenkilökunta voi ylläpitää osaamistaan uhkaavasti käyttäytyvien potilaiden kohtaamisessa esimerkiksi, MAPA-toimintatapamalli. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 95.) Toimintatapamalli on turvallisen hoidon sekä väkivaltatilanteiden ehkäisyn koulutusohjelma (Kaltiala-Heino ym. 2013, 81).

Eristys ja sitominen on myöskin hoitohenkilökunnalle emotionaalisesti ahdistava tilanne sekä eettisesti ongelmallinen. Tapahtumaan voi liittyä pelkoa, häpeää ja ahdistuneisuutta ja huolta potilaan oikeuksien väärinkäytöstä. Hoitajat haluavat tyypillisesti luoda potilaaseen terapeuttisen ja eettisesti luotettavan suhteen, tätä kuitenkin voi heikentää eristäminen ja sitominen. Henkilökunnalla ja potilaalla voi olla erilaiset käsitykset eristämisen ja sitomisen vaikutuksesta potilaan hyvinvointiin ja tämä voi johtua yhteistyön puutteesta. Henkilöstö pitää eristämistä ja sitomista välttämättömän turvallisuuden kannalta ja niillä on terapeuttinen vaikutus potilaan hoitoon. Potilaat taas kokevat sen rankaisuna ja että sillä ei ole terapeuttista arvoa. Potilaat ja henkilöstö ovat siis eri mieltä siitä, onko eristäminen ja sitominen hyödyllistä. (Kontio 2011, 22.)

Potilasturvallisuuden näkökulmasta erityisesti suljetuilla osastoilla fyysisen ympäristön turvallisuudella on suuri merkitys potilaisiin. Monet psyykkisesti sairaat potilaat, varsinkin ensimmäistä kertaan hoitoon tulevat voivat kokea olonsa turvattomaksi suljetulla osastolla esimerkiksi oman sairautensa oireiden vuoksi tai muiden potilaiden käytöksen vaikutuksesta. Turvallinen hoitoympäristö mahdollistaa potilaille oman rauhan, mutta huoneiden ovien tulisi olla avattavissa siten, ettei huoneeseen voi linnoittautua. Osastoilla huoneet olisi hyvä saada lukkoon sisältäpäin niin, että hoitohenkilökunnan on kuitenkin mahdollista tarvittaessa päästä sisään. Osastojen tulee olla helposti valvottavia ja kaikkiin rakenteisiin ja irtoaviin osiin kiinnitettävä huomiota, koska niistä voidaan tehdä esimerkiksi lyömäaseita tai niiden avulla potilaat voivat vahingoittaa itseään. Esimerkiksi useilla osastoilla on käytäntönä, että kaikki aterimet lasketaan jokaisen ruokailun jälkeen. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 63-65.) Edellä mainituista syistä suljetuilla osastoilla on useimmiten vain vähän irtaimistoa tai ei ollenkaan ja näin ollen osastot voivat vaikuttaa kolkoilta. Fyysisesti turvallinen ympäristö voi olla kuitenkin potilaiden kokemana ristiriitainen. Monet potilaat ovat kokeneet osastojen ympäristön kolkoksi, tyhjäksi ja virikkeettömäksi. Osastojen tyhjyyttä ja sitä, että tavaroita ja huonekaluja on niin vähän, perusteltiin turvallisuuden kannalta, mutta potilaat olivat kokeneet tällaisen ympäristön lisänneen negatiivisia ja itsetuhoisia ajatuksia ja haitanneen kuntoutumista. Ympäristö koettiin myös

tylsäksi ja potilaat toivoivat, että aktiviteetteja olisi enemmän. Kuitenkin hyvän vuorovaikutuksen ja keskustelujen hoitohenkilökunnan kanssa kerrottiin helpottaneen potilaiden sopeutumista ja tehneen osaston ympäristön miellyttävämmäksi. (Molin ym. 2016, 6-9.) Potilaiden kokemuksista käy ilmi, että virikkeettömyys ja ohjattujen toimintamahdollisuuksien puute oli ongelmallista sairaalahoidon aikana. Potilaat toivoivat, että ohjattuja aktiviteetteja olisi enemmän. Tutkimuksissa on todettu, että psykiatriset potilaat hyötyvät ohjatusta toiminnasta ja stimuloivasta ympäristöstä. Ohjattu toiminta mahdollistaa myös hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisen hyvän vuorovaikutuksen luomisen ja vahvistamisen. (Raukunen 2017, 104.)

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa käytetyistä kansainvälisistä artikkeleista ja tutkimuksista useissa mainittiin, että psykiatrisen hoitotyön potilasturvallisuudesta ja/tai psykiatrisessa hoitotyössä tapahtuvista vaara- ja haittatapahtumista on olemassa vain vähän tutkimustietoa, tai että tutkimustieto aiheesta on puutteellista. (Jayaram 2008, 17; Wang ym. 2014, 1115; Boussat ym. 2015, 1; Mills ym. 2018, 63.) Potilasturvallisuuden professori Risto Roine, Vaasan sairaanhoitopiirin johtajaylihoitaja Marina Kinnunen ja Potilasturvallisuusyhdistyksen hallituksen puheenjohtaja Ermo Haavisto toteavat Lääkärilehden (2017) artikkelissa, että Suomessa potilasturvallisuudesta on liian vähän tietoa. Artikkelissa mainitaan myös, että Suomessa ei ole kansallisesti luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa hoitohaittojen esiintymisestä tai niiden vaikutuksesta hoidon tarpeeseen, koska haittatapahtumista on kirjattu Suomessa vähän tietoa, verrattuna muihin maihin. Myös Järvelinin, Haaviston ja Kailan artikkelissa ”Potilasturvallisuuden kustannukset” (Lääkärilehti 2010) todetaan, että tutkimustieto haittatapahtumien kustannuksista, haittatapahtumia ehkäisevien toimenpiteiden kustannuksista, sekä kustannusvaikuttavuudesta on puutteellista Suomessa.

Mielenterveyshoitotyön potilasturvallisuuteen erityispiirteitä tuovat potilaiden todellisuudentajun hämartyminen, sekavuus, aggressiivisuus ja väkivaltaisuus. Potilaat ovat lisäksi mahdollisesti hyvin haavoittuvaisessa tilassa ja edelleen mielenterveyden häiriöistä kärsivät saattavat kokea leimaamista eli stigmatisoitumista sairauksiensa vuoksi. Henkilökunnan näkökulmasta erityispiirteenä voidaan pitää työn fyysistä ja henkistä rasakautta ja väkivallan uhkaa. Psykiatrisessa hoitotyössä erilaiset rajoittamistoimenpiteet, kuten eristäminen, sitominen ja pakkolääkitys asettavat myös potilasturvallisuuden ja potilaan itsemääräämisoikeuden erityisasemaan. Psykiatristen sairaaloiden fyysisellä ja sosiaalisella ympäristöllä on suuri merkitys potilasturvallisuudelle ja hoidon laadulle.

Myös yhtenä mielenterveyshoitotyön potilasturvallisuuden erityispiirteinä voidaan pitää sitä, että aihetta on tutkittu vähän.

#### 4.2 Vaaratapahtumat ja niiden ennaltaehkäisy mielenterveyshoitotyössä

Psykiatrisessa sairaalahoidossa tehdään eniten vaaratapahtumailmoituksia koskien lääkitysvirheitä, väkivaltakäyttäytymistä, tapaturmia, eritystä ja sitomista, potilaan karkaamisista, itsetuhoisuutta ja itsemurhia (Leskinen 2016, 17). Psykiatrisessa sairaalahoidossa esiintyy myös samoja haitta- ja vaaratapahtumia kuin somaattisessa sairaalahoidossa, kuten esimerkiksi erilaiset tiedonkulun häiriöt, lääkitykseen liittyvät häiriöt ja tapaturmat, esimerkiksi kaatumiset (Leskinen 2016, 2. & Mills ym. 2018, 65). Vaaratapahtumat johtuvat usein rajallisista henkilöresursseista, joka johtaa henkilökunnan stressaantumiseen, ylikuormittumiseen ja uupumiseen. Liian vähäisillä resursseilla työskenneltäessä työmäärä lisääntyy ja henkilökunnalta vaaditaan enemmän, jolloin myös huolimattomuusvirheiden ja unohdusten määrä voi lisääntyä. (Wang ym. 2013, 1118.) Mielenterveyshoitotyössä kohdataan uhkaavasti käyttäytyviä potilaita ja henkilökuntaan kohdistuu väkivaltaa. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat ovat erityisen alttiita fyysiselle väkivallalle ja riski tulla pahoinpidellyksi on kolme kertaa suurempi psykiatrisella osastolla työskenteleville. Suomessa noin puolet sairaanhoitajista (46 %) ovat kokeneet väkivaltaa työpaikallaan. Uhkaava käytös on tutkimusten mukaan mielenterveyden ongelmista kärsivän kohdalla todennäköisempää kuin muulla väestöllä. Potilaiden väkivaltainen käyttäytyminen ilmenee yleensä ensimmäisinä päivinä sairaalaan ottamisen jälkeen. Meta-analyysin mukaan kuitenkin vain yksi viidestä käyttäytyy väkivaltaisesti, oikeuslääketieteellisessä yksikössä määrä on suurempi, lähes kolmasosa kaikista potilaista käyttäytyi väkivaltaisesti. (Lantta. 2016, 16-17.) Uhkaava käytös voi ilmetä sanallisena uhkailuna, nimittelynä ja loukkaavina puheina, hyökkäävänä ja säädyttömänä kielenkäyttönä tai jopa fyysisenä väkivaltana joka voi myös kohdistua esineisiin. Uhkaavan käyttäytymisen riskiä nostavat akuutti psykoottinen oireilu sekä päihteiden käyttö. Potilaan uhkaavaan käyttäytymiseen voivat vaikuttaa potilaasta sekä hoitajista johtuvat yksilölliset tekijät kuten erilaiset persoonallisuuden piirteet, vuorovaikutus tekijät, sekä hoitoympäristöön ja organisaatioon liittyvät tekijät. (Kanerva & Kuhanen 2017, 241.)

Osastohoidossa potilaan aggressiivisuuteen, levottomuuteen ja itsetuhoisuuteen tulee puuttua ajoissa, potilaalle voidaan laatia oma turvallisuussuunnitelma, jonka avulla pysytään ennakoimaan mahdollinen vaaratapahtuma. Turvallisuussuunnitelmassa etsitään

vaaratilanteen laukaisevat tekijät, tunnistetaan varomerkit, nimetään rauhoittumiskeinot ja listataan tilannetta pahentavat tekijät. Potilaaseen perehtyminen, kuunteleminen ja heidän kanssa vietetty aika helpottaa ennakoivan työotteeseen toteutumista. (Lantta 2016, 28.) Myötätunnolla ja lähestymistapavalinnalla voidaan estää väkivaltaista käytöstä ja samalla suojata muiden turvallisuutta (Moyla 2009, 41). Potilaan mieltymykset ja toiveet tulee ottaa huomioon mahdollisen väkivaltaisen käyttäytymisen ehkäisemiseksi (Lantta 2016, 28). Hoitoon liittyvillä järjestelyillä, henkilökunnan ja potilaiden määrällä on osoitettu olevan suuri merkitys riskien ennakointiin. Yksi tärkein osa väkivallan ehkäisyssä on vuorovaikutuksen parantaminen. Vuorovaikutuksella pyritään saamaan potilas osallistumaan omaan hoitoonsa. (THL 2016, 10.)

Suomessa on käytössä erilaisia väkivaltariskiarviointimittareita, mittareita käytetään samoin kuin mitä tahansa terveydentilaa, kuntoutumista tai vointia arvioidessa. Mittareita käytetään oikeanlaisen hoidon toteuttamiseksi ja väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi. (THL 2016, 21.) Vaikka kyseisiä mittareita suositellaan käytettäväksi, olemassa oleva tutkimustieto osoittaa, että niiden tuloksia ei osata hyödyntää hoitotyössä (Lantta 2016, 30).

Aggressiivisen potilaan käyttäytymisen ehkäisyyn kuuluu, että saa riittävästi tietoa hoidostaan, lääkityksestä ja osaston toimintatavoista. Potilaat ovat kokeneet, että henkilökunnan kontrolloiva toiminta ja heikko vuorovaikutus lisäävät aggressiivista käyttäytymistä. (THL 2016, 29-30.) Potilaiden tylsistyminen ja turhautuminen osastolla on myöskin yksi syy aggressiiviselle käytökselle, on osoitettu, että aktiviteettien järjestäminen osastolla kanavoii aggressiivisuutta ja vähentää tarvetta pakon käytölle. Yhden hengen huoneiden on todettu vähentävän aggressiivisuutta ja pakkotoimia, tämä lisää myöskin potilaiden viihtyvyyttä, yksityisyyttä ja antaa mahdollisuuden hiljaisuuteen ja vetäytymiseen jolla on edullinen vaikutus uneen ja stressiin. Oma huone antaa myös hyvän tilan mahdolliselle vierihoidolle. (THL 2016, 33-34.) Osastohoidossa tulee ymmärtää väkivaltaisuuteen liittyvät tekijät ja kehittää hoitohenkilökunnan taitoja mahdollisen väkivallan kohtaamiseen esimerkiksi täydennyskoulutuksen kautta. Lisäksi on todettu, että henkilöstö tarvitsee lisäkoulutusta vuorovaikutukseen, turvallisuusasioihin ja toiminta sekä yhteistyön hallitsemiseen. Tämän haasteena on kuitenkin koettu, että menetelmät ovat alueellisia ja tämän vuoksi epäyhtenäisiä. On kuitenkin muistettava, että kokemus tuo lisää varmuutta toimia uhkaavissa tilanteissa. (THL 2016, 41-43.)

Koska huomattava osa vaaratapahtumista psykiatrisessa hoitotyössä liittyy aggressiivisuuteen ja väkivaltaan, myös monet ennaltaehkäisevät toimenpiteet pyrkivät juuri potilaan rauhoittamiseen ja osaston rauhallisen ja turvallisen ilmapiirin säilyttämiseen. Hoitoympäristöllä on vaikutusta potilasiin, joten osastoilla tulee pyrkiä säilyttämään rauhallinen ja turvallinen tunnelma ja välttää äkillisiä muutoksia. Osastojen ilmapiirin ja myös fyysisen ympäristön tulisi olla kannustava ja innostaa potilaita toiminnallisuuteen. Ohjaamalla potilaita toiminnallisuuteen pystytään ennaltaehkäisemään esimerkiksi turhautumisesta ja tylsyydestä johtuvaa aggressiivista käytöstä ja näin ollen se on myös keino ennaltaehkäistä vaaratapahtumia. Psykiatrisessa sairaalahoidossa monet hoitotyön käytännön toimet ennaltaehkäisevät vaaratapahtumia. Hoitohenkilökunnan ja potilaiden välinen vuorovaikutus on keskeisessä roolissa vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä. (THL 2016, 23-24.) Panostamalla hoitajien vuorovaikutustaitojen ja potilaan kuuntelun ja tarpeiden huomioimisen lisäämiseen voidaan mahdollisesti parantaa potilaiden kokemaa hoidon laatua ja ennaltaehkäistä väkivaltatilanteiden syntyä. (Leskinen 2016, 7.) Hoitohenkilökunnan tietoisuus ja ymmärrys potilaan sairaudesta ja sen oireista lisäävät potilaiden turvallisuuden ja ymmärretyksi tulemisen tunnetta ja näin ollen samalla vähentää aggressiivisten tunteiden syntyä. Toimiva kommunikaatio parantaa potilaan mahdollisuuksia ja uskallusta pyytää apua tuntiessaan olonsa turvattomaksi tai uhatuksi ja keskustelemalla näistä asioista ahdistuksen tunteet voidaan estää muuttumasta aggressiiviseksi toiminnaksi. (Leskinen 2016, 16-18.) Vakauttaminen yksi keino hallita ahdistusta. Hoitaja voi opettaa potilaalle yksilöllisiä vakauttamiskeinoja, joiden avulla pyritään palauttamaan potilaan orientaatio ja tukea potilaan itsenäisyyttä ja kykyä käsitellä tunteita. Vakauttamiskeinoissa keskitytään myös potilaan ahdistuksen tai aggression fyysisten oireiden tunnistamiseen, kuten esimerkiksi kohonneeseen sydämen sykkeeseen tai tiivistyneeseen hengitykseen ja pyritään lievittämään myös näitä oireita. Vierihoidossa hoitaja keskittyy pelkästään yhden potilaan hoitamiseen ja rauhoittamiseen. Vierihoidossa hoitaja ja potilas ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskustelemalla, tai vain olemalla yhdessä läsnä tilanteessa. Vierihoidoa voidaan tarvita esimerkiksi tilanteissa, jossa potilaalla on korkea itsemurhariski tai vakavia itsetuhoajatuksia. Vierihoido perustuu vapaaehtoisuuteen, mutta sitä voidaan toteuttaa myös tahdosta riippumatta lääkärin määräyksen mukaisesti. Potilaiden psyykkisten ongelmien hoidossa keskeistä on lääkitys ja sen vaikutusten arviointi. Tehostetun ja ennakoivan lääkityksen toteuttaminen voi auttaa potilasta rauhoittumaan tai helpottamaan voimakasta ahdistusta, joka mahdollisesti voisi aiheuttaa potilaalle esimerkiksi itsetuhoisia ajatuksia. (THL 2016, 23-24.)

Psykiatrian potilasturvallisuuden edistämisessä keskeisintä on parantaa hoidon laatua sekä saatavuutta. Tässä perusterveydenhuolto ja psykiatrian avohoito on avainasemassa. Järjestelmällisyyttä tarvitaan myös psykiatrisen hoidon turvallisuuden kehittämisessä, niin kuin muunkin hoidon kehittämisessä. Kehittämisen tukena on yhdessä sovitut ja kirjatut hoito-ohjelmat, laatujärjestelmän käyttö, koska ne vähentävät yksilöistä ja tilanteista aiheutuvaa laadun vaihtelua. Olennaisena osana psykiatriseen hoitoon kuuluu mitata, millaisia tuloksia saavutetaan sekä millaisia haittatapahtumia esiintyy. Hoidon laatua heikentää esimerkiksi henkilöstön vähäinen määrä sekä työskentelyolosuhteet, myös liika työpaine. Nämä vaikuttavat kielteisesti sekä potilasturvallisuuteen että henkilökunnan turvallisuuteen. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 80-81.) Jotta potilasturvallisuutta voitaisiin parantaa, tarvitaan ymmärrystä niin yksittäisiin vaaroihin kuin myös niiden tunnistamiseen ja hallintaan liittyvistä organisaatioprosesseista- ja rakenteista. Ehkäisyn avaimet vaaratapahtumiin ovat ennakoiva ajattelutapa sekä vaaratapahtumien syntyyn myötävaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen. Ennakoivan ajattelutavan tavoitteena on riskien tunnistaminen sekä hallinta. Vaikka ensisilmäykseltä vaara näyttäisi yksinkertaiselta, on vaaran tausta aina moniulotteisempi. Poikkeamat on helppo tunnistaa, kun ensin tiedetään, että mitä lopulta tapahtui. Usein helposti ajaudutaan osoittamaan syyttävä sormi ihmisiin, jotka ovat olleet mukana tapahtumassa. (Helovuo ym. 2011, 20-21.) Yksi keskeisistä tekijöistä potilasturvallisuudessa sekä sen kehittämisessä on toimivuus vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus on keskeinen osa hoitotyön käytäntöjä. Moniammatillisen henkilökunnan sekä työyksiköiden välillä on tärkeää, että tieto kulkee potilaista, työyksikön käytännöistä sekä muista tekijöistä jotka vaikuttavat toimintaan. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 96.)

Yhteenvedona voidaan todeta että, mielenterveyshoitotyössä tapahtuu samanlaisia vaaratapahtumia kuin somaattisessa hoitotyössä. Väkivaltaisuus ja lääkitysvirheet korostuvat psykiatrisen hoitotyön vaaratapahtumailmoituksissa. Vaaratapahtumien ennaltaehkäisyn tärkeimpiä asioita ovat; ennakoiva ajattelutapa, varomerkkien tunnistaminen, hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde sekä potilaan informointi hoidon aikana. Ennaltaehkäisevät toimenpiteet pyrkivät potilaan ja tilanteen rauhoittamiseen. Potilasturvallisuuden toteutumisen uhkaavia tekijöitä ovat esimerkiksi henkilöstön vähäinen määrä, haasteelliset työskentelyolosuhteet sekä liika työpaine.



#### 4.3 Opinnäytetyön tulosten perusteella laadittu kyselylomake

Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tietojen perusteella luotiin puolistrukturoitu kyselylomake, joka on tarkoitettu psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeen tarkoituksena on saada konkreettista tietoa psykiatristen osastojen potilasturvallisuudesta ja vaaratapahtumista. Kyselylomakkeen tavoitteena on toimia työvälineenä potilasturvallisuuden edistämisessä ja vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä. Kyselylomakkeen menetelmäksi valittiin puolistrukturoitu kyselylomake, koska sen koettiin olevan niin tutkijoille kuin vastaajillekin helppo ja nopea menetelmä. Opinnäytetyön tekijät kokivat myös, että strukturoidun kyselylomakkeen tuloksia olisi mahdollisesti helppo vertailla ja analysoida, mikäli sitä käytetään tulevaisuudessa. Mahdollisimman relevantin tiedon saamiseksi kyselylomakkeeseen laitettiin myös avoimia vastausvaihtoehtoja ja tästä syystä kyselylomake on puolistrukturoitu.

Strukturoitu kyselylomake soveltuu parhaiten konkreettisten ilmiöiden selvittämiseen. Strukturoidun kyselylomakkeen etuina voidaan pitää esimerkiksi sitä, että sen avulla pystytään keräämään laajojakin aineistoja, koska valmiiden vastausvaihtoehtojen ansiosta kyselylomakkeeseen vastaaminen on useimmiten vastaajalle melko vaivatonta. Etuna voidaan pitää myös anonymiteettiä. (Hirsijärvi ym. 2015, 195-196.) Kyselylomake ja saattekirje ovat seuraavalla sivulla.

Arvoisa vastaaja, tämä kyselomake on tarkoitettu sinulle, joka työskentelet psykiatrisella osastolla. Tämän kyselyn tarkoituksena on saada lisätietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista potilasturvallisuudesta ja vaaratapahtumista. Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaan turvallisuuden vaarantumisen. Arvostaisimme sinun tietoa ja kokemustasi. Kysely toteutetaan täysin anonyymisti.

Ympyröi mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.

1. Oletko saanut osastollasi perehdytyksen potilasturvallisuuteen liittyen?

Kyllä Ei

2. Oletko saanut osastollasi perehdytyksen vaaratapahtumien raportointiin?

Kyllä Ei

3. Onko osastollasi selkeät ohjeet vaaratapahtumien raportointiin? (Esim. HaiPro)

Kyllä Ei

4. Onko työnantajasi järjestänyt koulutusta liittyen potilasturvallisuuteen?

Kyllä Ei

5. Koetko osastollasi olevan riittävästi resursseja potilasturvallisuuden takaamiseksi?

Kyllä Ei

6. Raportoidaanko osastollasi kaikki vaaratapahtumat raportointijärjestelmään?

Kyllä Ei

7. Onko osastollasi käsitelty tapahtuneita vaaratapahtumia?

Kyllä Ei

Jos vastasit kyllä, miten?

---



---



---

8. Onko osastollasi puututtu potilasturvallisuuden ongelmakohtiin?

Kyllä Ei

9. Koetko uskaltavasi raportoida mahdollisesta vaaratapahtumasta raportointijärjestelmään?

Kyllä Ei

Jos vastasit ei, miksi?

---

---

---

10. Oletko itse raportoinut vaaratapahtumasta?

Kyllä Ei

Jos vastasit kyllä, ympyröi alla olevat vaihtoehdot tapahtuneista vaaratapahtumista, joista olet raportoinut osastollasi.

- |                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| - Tapaturma                  | - Tiedonkulun häiriö               |
| - Lääkitysvirhe              | - Potilaan väkivaltakäyttäytyminen |
| - Potilaan karkaaminen       | - Potilaan eristäminen             |
| - Potilaan sitominen         | - Potilaan uhkailu                 |
| - Henkilöstön resurssi pula  |                                    |
| - Jokin muu syy, mikä? _____ |                                    |

Jos olet raportoinut, kuinka usein?

---

**Suuri kiitos vastaamisestasi!**

## 5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämän opinnäytetyön aiheen valintaan ja rajaukseen vaikuttivat tekijöiden kiinnostus mielenterveyshoitotyötä kohtaan ja myös se, että opinnäytetyön tekijät ovat olleet suljetulla osastolla harjoittelussa suorittamassa mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelun. Aihe voi olla eettisestä näkökulmasta arkaluonteinen, koska aiheena on mielenterveyshoitotyö. Mielenterveyshoitotyö on eettisesti herkkä hoitotyön erikoisala, joka edellyttää erityisosaamista ja huolehtivaa lähestymistapaa kliinisessä hoitotyössä. Erityisesti psykiatrisissa sairaaloissa potilaat ovat erityisen alttiita itsemääräämisoikeuden loukkauksille, sillä hoitotyössä voidaan joutua käyttämään potilasrajoitteita (Kontio 2011, 12). Ihmisillä on edelleen ennakkoluuloja ja stereotypioita psyykkisesti sairaita ihmisiä kohtaan (Barker 2011, 32). Yleisesti ottaen opinnäytetyöhön ei liity eettisiä ongelmia, koska työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyötä varten ei tarvittu tutkimuslupia.

Opinnäytetyö tehtiin hyvän tieteellisen käytännön ohjeita noudattaen. Opinnäytetyössä on kunnioitettu alkuperäisjulkaisuja pysymällä lähdeuskollisina sekä merkkäämällä lähteet tekstiin asianmukaisilla lähdeviitteillä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2012) mukaan hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat esimerkiksi rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus, sekä eettisesti kestävien tiedonhankinta- ja arviointimenetelmien käyttö.

Opinnäytetyön luotettavuutta vahvistaa se, että tietoa etsittiin monipuolisesti erilaisista tieteellisistä tietokannoista. Opinnäytetyössä käytettiin Turun ammattikorkeakoulun tarjoamia tietokantoja, joten niitä voidaan pitää luotettavina. Tietokannoista etsittiin mahdollisimman ajankohtaista tietoa ja hakukriteeriksi asetettiin vuosien 2008-2018 välillä julkaistut aineistot. Opinnäytetyössä on käytetty muutamia lähteitä, jotka ovat yli 10 vuotta vanhoja. Nämä julkaisut valittiin työhön sen takia, että niiden tarjoama tieto koettiin edelleen relevantiksi ja luotettavaksi. Opinnäytetyötä varten tehtiin tietokantahaun lisäksi myös laaja manuaalinen tietojen haku. Tietoa etsittiin virallisista suomalaisista ja kansainvälisistä julkisista sosiaali- ja terveysalan organisaatioista, kuten esimerkiksi WHO, IOM, THL, STM, VSSH ja Valvira. Opinnäytetyön tuloksia on arvioitu kolmen opinnäytetyön tekijän voimin päätyen aina samanlaisiin näkemyksiin, tämä lisää työn luotettavuutta.

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta ongelmallista on tutkimusten vähyys. Tutkimuksia potilasturvallisuudesta ja haittatapahtumista mielenterveyshoitotyössä on tehty vain vähän myös kansainvälisellä tasolla. Tietokantahaussa useita otsikon ja tiivistelmän perusteella lupaavilta vaikuttavia tutkimuksia ja julkaisuja karsiutui pois, koska niitä ei saatu auki oikeuksien puuttumisen vuoksi tai ne paljastuivat maksullisiksi. Lisäksi Suomessa käytetyn HaiPro-järjestelmän tiedot eivät ole julkisia. Osa opinnäytetyössä käytettävistä julkaisuista ja tutkimuksista ovat kansainvälisiä ja sen takia tietoa ei voida suoraan siirtää suomalaiseen sairaanhoitoon. Luotettavuuteen voi vaikuttaa englanninkielisten julkaisujen kääntämisen ajoittainen haasteellisuus. Opinnäytetyössä kuitenkin pyrittiin kääntämään tekstit mahdollisimman tarkasti, jotta lähdeuskollisuus säilytetään.

## 6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilasturvallisuutta ja tarkastella min-kälaisia vaaratapahtumia mielenterveyshoitotyössä tapahtuu sekä miten niitä voidaan ennaltaehkäistä. Työn tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta mielenterveyshoitotyössä.

Potilasturvallisuus on hoitotyön peruseräite. Aihe on tämän takia hyvin tärkeä ja sen takia sitä tulisi tutkia lisää. Potilasturvallisuuden professori Risto Roine, Vaasan sairaanhoitopiirin johtajaylihoitaja Marina Kinnunen ja Potilasturvallisuusyhdistyksen hallituksen puheenjohtaja Ermo Haavisto toteavat Lääkärilehden (2017) artikkelissa, että Suomessa potilasturvallisuudesta on liian vähän tietoa. Artikkelissa mainitaan myös, että Suomessa ei ole kansallisesti luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa hoitohaittojen esiintymisestä tai niiden vaikutuksesta hoidon tarpeeseen, koska haittatapahtumista on kirjattu Suomessa vähän tietoa, verrattuna muihin maihin. Tietoa potilaiden kuolleisuudesta sekä vaaratapahtumien kustannuksista löydettiin, mutta nämä tutkimukset olivat kuitenkin tehty ulkomailla, ja niiden perusteella arvioitu Suomessa tapahtuvat vaaratapahtumien kustannukset sekä potilaiden kuolleisuus johtuen haittatapahtumista. Olisikin tärkeää, että Suomessa tehtäisiin vastaavanlaiset tutkimukset, esim. HaiPro-ilmoitusten perusteella.

Opinnäytetyötä tehdessä tekijöille kävi ilmi, että verrattuna somaattiseen hoitotyöhön, psykiatrisen hoitotyön potilasturvallisuudesta ja vaaratapahtumista on löydettävissä vähemmän tietoa ja tutkimusta. Myös tutkimusta ja tietoa mielenterveyshoitotyössä tapahtuvista haitta- ja vaaratapahtumista oli vähän ja sitä oli haasteellista löytää. Tutkimusten ja tieteellisten artikkelien vähyys, sekä haasteet tiedonhaussa tekivät opinnäytetyön tekemisen ajoittain haastavaksi. Systemaattisessa haussa ja sen lisäksi tehdystä laajasta manuaalisesta tiedonhausta kuitenkin saatiin koottua yhteen erilaisia tutkimuksia ja julkaisuja, joista löydettiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. On kuitenkin selvää, että potilasturvallisuudesta ja sen erityispiirteistä ja haasteista mielenterveyshoitotyössä tarvittaisiin lisää, jotta potilasturvallisuutta ja hoidon laatua pystytään kehittämään.

Tutkimusten ja julkaisujen vähyteen vaikutti myös aiheen rajausta, sillä esimerkiksi somaattisen hoitotyön vaaratapahtumista ja niiden ennalta ehkäisemisestä löytyi paljon enemmän tutkittua tietoa kuin vaaratapahtumista mielenterveyshoitotyössä. Aiheen rajaamista jouduttiin miettimään lähes koko opinnäytetyön teon prosessin ajan.

Mielenterveyshoitotyössä kohdataan uhkaavasti käyttäytyviä potilaita ja henkilökuntaan kohdistuu väkivaltaa. Uhkaava käytös on tutkimusten mukaan mielenterveyden ongelmista kärsivän kohdalla todennäköisempää kuin muulla väestöllä. (Lantta 2016, 16-17.) Hoitoon liittyvillä järjestelyillä, henkilökunnan ja potilaiden määrällä on osoitettu olevan suuri merkitys riskien ennakointiin. Yksi tärkein osa väkivallan ehkäisyssä on vuorovaikutuksen parantaminen. On kuitenkin todettu, että henkilökunta tarvitsee lisäkoulutusta turvallisuusasioihin, väkivallan kohtaamiseen sekä vuorovaikutustaitoihin, jotta riskejä pystyttäisiin vielä paremmin ennakkoimaan.

Mari Leskinen on tehnyt Pro gradu- tutkielman aiheesta ”Potilaisiin kohdistuvat väkivaltatilanteet oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa” (2016) ja analysoinut Niuvanniemmen oikeuspsykiatrisen sairaalan HaiPro -järjestelmään kirjattuja potilasturvallisuusilmoituksia. Leskinen toteaa, että potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan lisää tutkimustietoa potilaisiin kohdistuvista väkivaltatilanteista. Leskisen mukaan jatkossa tulisi tutkia myös muiden sairaaloiden ja osastojen HaiPro-aineistoja, jotta saataisiin vertailukelpoista, sekä vahvistettua tietoa erilaista väkivaltatilanteista sairaalahoidossa. Tutkielmassa todetaan, että HaiPro-ilmoitusten luokittelua tulisi kehittää, jotta se vastaisi enemmän myös psykiatrisen hoitotyön tarpeita ja näin ollen tietoa pystyttäisiin hyödyntämään paremmin niin yksikkö kuin organisaatiotasolla. Lisäksi tutkielmassa korostetaan, että psykiatrisessa hoitotyössä tulisi määritellä tarkemmin, mitä potilasturvallisuus oman erikoisan sisällä tarkoittaa. Myös opinnäytetyöntekijöiden mielestä olisi tärkeää, että psykiatrisissa sairaaloissa käsiteltäisiin jokaisen osaston potilasturvallisuuden erityispiirteitä ja haasteita, sekä määriteltäisiin osastoilla tapahtuvia haitta- ja vaaratapahtumia ja etenkin kiinnittämään huomiota niitä myötävaikuttaneisiin tekijöihin. Näin ollen niihin pystyttäisiin jatkossa puuttumaan paremmin ja ennaltaehkäisemään vaaratapahtumia.

Opinnäytetyön tuotoksena tehdyn kyselylomakkeen tarkoituksena on kerätä konkreettista tietoa vaara- ja haittatapahtumista henkilökunnan näkökulmasta psykiatrisilta osastoilta. Koska aikaisemmin jo todettiin, että mielenterveyshoitotyön potilasturvallisuudesta löytyy vain vähän tutkittua tietoa, opinnäytetyöntekijät kokevat, että kyselylomakkeen avulla voidaan saada merkittävää tietoa potilasturvallisuuden edistämiseksi psykiatrisissa sairaaloissa. Kyselylomaketta voidaan käyttää esimerkiksi työvälineenä ja mahdollisena keskustelun avaajana vaaratapahtumien ennaltaehkäisyyn. Seuraavat opinnäytetyöryhmät voivat tehdä jatkotutkimusta kyselylomakkeen avulla, esimerkiksi käyttäen sitä tiedonkeruumenetelmänä. Kyselylomakkeen lisäksi hyviä jatkotutkimusaiheita ovat esi-

merkiksi, millaisia suojauksia mielenterveyshoitotyön potilasturvallisuuteen voidaan kehittää ja miten vaaratapahtumien raportointia voidaan kehittää. Tämän opinnäytetyöntekijät antavat luvan käyttää kyselylomaketta vapaasti opinnäytetöitä varten ja kyselomaketta saa tarvittaessa muokata.



## LÄHTEET

- Aaltonen L-M & Rosenberg P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Tammerprint Oy. Tampere
- Barker P. 2011. Mental health ethics. Routledge.
- Boussat B., Bougerol T., Detante O., Seigneurin A & François P. 2015. Experience feedback committee: a management tool to improve patient safety in mental health. *Annals of general psychiatry*, 1
- Eksote. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyö. Viitattu 15.1.2018. Julkaisuaika tuntematon. <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/potilasturvallisuus/Sivut/default.aspx>.
- Finlex. 1990 Mielenterveyslaki (1116/1990), mielenterveystyö. Viitattu 16.1.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- HaiPro. Viitattu 9.4.2018. <http://awanic.com/haipro/>
- HaiPro. 2015. Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje, [http://www.haipro.fi/ohjeet/pt-ilmoittajan\\_ohje\\_07032015.pdf](http://www.haipro.fi/ohjeet/pt-ilmoittajan_ohje_07032015.pdf)
- Helovuori A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P. 2011. Potilasturvallisuus. Editio Prima Oy. Helsinki.
- Hirsijärvi S., Remes P & Sajavaara P. 2015. Tutki ja kirjoita. Bookwell Oy. Porvoo.
- Huttunen M. 2017. a. Lääkärikirja Duodecim. Tahdosta riippumaton psykiatrisen sairaalahoidon. Viitattu 27.3.2018 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00512](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512)
- Huttunen M. 2017. b. Lääkärikirja Duodecim. Tietoa potilaalle: psyyken lääkkeet. Viitattu 27.3.2018 [http://www.terveysportti.fi/ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tk/koti?p\\_haku=l%C3%A4%C3%A4kehoito%20psykiatria](http://www.terveysportti.fi/ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tk/koti?p_haku=l%C3%A4%C3%A4kehoito%20psykiatria)
- Huttunen M. 2017. c. Lääkärikirja Duodecim. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Viitattu 19.4.2018 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00033](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033)
- Huttunen M. 2017. d. Lääkärikirja Duodecim. Psykoosilääkehoitoon liittyvät ongelmat. Viitattu 19.4.2018 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00032](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00032)
- Hämäläinen K., Kanerva A., Kuhanen C., Schubert. & Seuri T. 2017. Mielenterveyshoitotyö 5. uudistettu painos. Sanoma pro Oy. Helsinki.
- Jayaram G. 2008. Measuring adverse events in psychiatry. *Psychiatry* 2008;5 Vol 5, No 11, 17-19.
- JHL. Mielenterveystyö. Viitattu 7.4.2018. <https://www.jhl.fi/tyoelama/ammattialat/sosiaali-ja-terveyspalveluala/mielenterveystyo/>
- Järvelin J, Haavisto E & Kaila M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkärilehti* 65: 1126.
- Kanerva A & Hämäläinen K. 2017. Mielenterveyshoitotyö ja yhteiskunta. Teoksessa: Hämäläinen K., Kanerva A., Kuhanen C., Schubert C & Seuri T. Mielenterveyshoitotyö- kirja. Sanoma pro Oy. Helsinki.
- Kanerva A & Kuhanen C. 2017. Mielenterveyshoitotyön menetelmät. Teoksessa: Hämäläinen K., Kanerva A., Kuhanen C., Schubert C & Seuri T. Mielenterveyshoitotyö- kirja. Sanoma pro Oy. Helsinki.

- Kuhanen C. 2017. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa: Hämäläinen K., Kanerva A., Kuhanen C., Schubert C & Seuri T. Mielenterveyshoitotyö- kirja. Sanoma pro Oy. Helsinki.
- Kaltiala-Heino R., Makkonen P & Moring J. 2013. Turvallisuus psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa. Teoksessa: Aaltonen L-M & Rosenberg P. (toim). Potilasturvallisuuden perusteet -kirja. Tammerprint Oy. Tampere.
- Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M, Pietilä A-M., Jääskeläinen P & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuus katsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4).
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kinnunen M & Peltomaa K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Suomen Graafiset palvelut Oy.
- Kontio R. 2011. Turun Yliopisto. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing. Viitattu 25.1.2018 <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- Lantta T. 2016. Evidence-Based Violence Risk Assessment in Psychiatric inpatient care: An implementation study. Viitattu 10.4.2018. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125695/Annales%20D%201255%20Lantta%20DISS.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Leskinen M. 2016. Itä-Suomen Yliopisto. Potilaisiin kohdistuvat väkivaltatilanteet oikeuspsykiatriassa sairaalahoidossa. Viitattu 29.3.2018. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20170104/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20170104.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170104/urn_nbn_fi_uef-20170104.pdf)
- McCaughan & Kaufman 2013. Learning zone, Patient safety: threats and solutions, 50. Viitattu 18.1.2018. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6dd47431-5e86-4952-9f02-4f3102d138e8%40sessionmgr102>.
- Mills P., Watts B., Shiner B & Hemphill R. 2018. Adverse events occurring on mental health units. General Hospital Psychiatry Vol 50, 63-68.
- Molin J., Graneheim U & Lindgren B-M. 2016. Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, Vol 11,6-9
- Moyla L. 2009. Physical restraint in acute care psychiatry. Journal of Psychosocial Nursing, Vol 47, 41-47.
- Niemi-Murola L & Mäntyranta T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiaamme. FINNANEST 44 Vol 1
- Pirkola, S. Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Punkanen, T. 2004. Mielenterveyshoitotyö ammattina. Tammer-Paino Oy. Tampere
- Raukunen R. 2017. Turun yliopisto. "Mitä me hullut?"- Psykiatrin sairaalahoidon potilaan kokemana. Pro gradu – tutkielma. Viitattu 19.4.2018. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144224/RaukunenRebeca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Roine R., Kinnunen M & Haavisto E. 2017. Potilasturvallisuudesta on liian vähän tietoa. Suomen Lääkärilehti 3/2017 vsk. 72.
- Rovasalo Aki. 2015. Rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit)- riippuvuus ja vieroitus. Lääkärikirja Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01048](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01048)

Salminen A. 2011. Vaasan yliopisto. Mikä kirjallisuuskatsaus? Viitattu 18.1.2018. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf).

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 28.3.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050#s11>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. 2. korjattu painos. 2009 Yliopistopaino, Helsinki.

Suomen Mielenterveysseura. Viitattu 27.3.2018. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mist%C3%A4mistointa/mielenterveysosaaminen/nuoren-mielen-ensiapu/tahdosta-riippumaton-psykiatrinen>

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkasepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 17.1.2018. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

THL 2011. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. Viitattu 9.2.2018 [https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma\\_final\\_180811.pdf](https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf)

THL 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa – työpaperi. Helsinki. Viitattu 9.4.2018 [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN\\_ISBN\\_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1)

THL 2017. Potilasturvallisuus. Viitattu 15.1. 2018. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi oy

Valvira. 2013. Tietoa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta ja potilaan oikeuksista – esite. Viitattu 27.3.2018 [http://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Tahdosta\\_riippumaton\\_hoito.pdf](http://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Tahdosta_riippumaton_hoito.pdf)

Valvira. 2015. Tahdosta riippumaton hoito. Viitattu 27.3.2018 <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/mielenterveys>

VSSHP 2016. Potilashoidon vuosikertomus 2016 - Psykiatrian tulosalue. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Psykiatrian-tulosalue-phvk-2016.pdf>

Wang X., Liu K., You L-M., Xiang J., Hu H., Zhang L., Zheng J & Zhu X. 2014. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, Vol:51, 1115-1118.

WHO Europe 2018, World Health Organization Europe. Patient safety. Julkaisuaika tuntematon. Viitattu 25.1.2018. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>.

WHO 2017. World Health Organization, patient safety: making health care safer. 1. Viitattu 15.1.2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>

